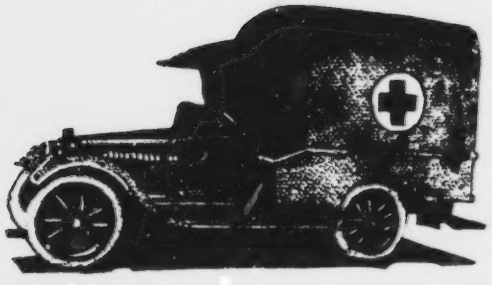
Santé Société

ÉDITION SPÉCIALE

LA SANTÉ ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU QUÉBEC 1886-1986



LA SANTÉ ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU QUÉBEC 1886-1986

Québec

Coordination et rédaction: Hervé Anctil

Recherche et rédaction: Marc-André Bluteau

Recherche photgraphique: Gaétan Fortin

Illustrations: Patrick Brodeur

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2e trimestre 1986
ISBN 2-550-16009-6

Avant-propos

Les épidémies de variole et de typhoïde, les ravages causés par la grippe espagnole, la poliomyélite ou la tuberculose datent à peine de quelques décennies. Les formidables progrès de la médecine et de l'organisation sanitaire du dernier demi-siècle nous l'ont aujourd'hui presque fait oublier.

L'hygiène publique a donc chez nous à peine cent ans. C'est en effet en 1886 que la législature adoptait une première loi qui allait lancer le mouvement hygiéniste. Depuis cette époque, le portrait sanitaire et social du Québec s'est constamment amélioré. Les mentalités, la façon d'aborder les problèmes, ont aussi évolué: de la simple lutte à la maladie, nous sommes passés à l'hygiène et à la santé publique puis à la santé communautaire. En matière d'assistance, domaine intimement lié à la santé, le droit à la dignité a aujourd'hui remplacé la charité ou le bon vouloir.

L'histoire de la santé et de l'assistance au Québec, c'est la description de la montée du rôle de l'État et de ses formes institutionnelles. Le lecteur d'aujourd'hui, qui a vécu l'apogée de l'État-providence, pourrait y voir un exercice d'apologie. Tel n'est évidemment pas le cas. Nous avons plutôt essayé de comprendre cette montée du rôle de l'État, ce passage de la responsabilité individuelle à la responsabilité collective, selon une perspective historique.

L'histoire de la santé et de l'assistance suppose aussi une meilleure compréhension du rôle essentiel qu'ont pu jouer les communautés religieuses, les organismes de charité laïcs et les associations professionnelles face à la croissance des besoins. La prise en charge étatique s'est faite simultanément à la baisse des solidarités traditionnelles, à l'abandon forcé de responsabilités détenues par certains pouvoirs comme les municipalités, et à l'essoufflement de la charité privée.

De période en période, on retrouvera donc les mêmes acteurs, points d'ancrage de la description: l'Église, les divers paliers de gouvernement, les associations laïques, les médecins et autres praticiens, les commissions d'enquête, etc.

Les rappels historiques sont sans doute nécessaires. Ils nous apprennent que si, au cours de l'évolution, les termes ont changé en matière de santé et d'assistance, le fonds du débat reste le même: quelle est la place du citoyen et la part de responsabilité qu'on lui attribue dans la dynamique des « systèmes » en place?

Hervé Anctil
Marc-André Bluteau

Table des matières

		Page
AVANT-PROPOS		3
PROLOGUE:	Le soin de malades et des indigents jusqu'à la fin du XIX[e] siècle (1608-1885):	
	De l'assistance charitable à la charité organisée	7
	• L'hygiène et l'assistance sous le Régime français (1608-1760): Du soin individuel des malades à l'hôpital, refuge polyvalent	11
	• L'hygiène et l'assistance sous le Régime anglais (1760-1841): De la punition à la correction du mal social	20
	• La prise en charge de l'hygiène publique au niveau municipal (1840-1885): De la maladie à l'hygiène	26
CHAPITRE 1:	La création du Conseil d'hygiène de la province de Québec: La naissance du mouvement sanitaire provincial (1886-1918)	33
CHAPITRE 2:	Le Service provincial d'hygiène et les unités sanitaires: La naissance de l'assistance publique et le début de la médecine préventive	47
CHAPITRE 3:	Les premiers jalons d'une politique sociale et la création du département de la Santé et du Bien-Être social (1930-1940)	65
CHAPITRE 4:	La concurrence des juridictions (1940-1959)	77
CHAPITRE 5:	L'application du principe de la sécurité sociale et la centralisation administrative (1960-1970): La création du ministère de la Famille et du Bien-être social	93
CHAPITRE 6:	L'application d'une politique globale de sécurité sociale (1970-1986)	107
ÉPILOGUE		123
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE		124
REMERCIEMENTS		127

Prologue

Le soin des malades et des indigents jusqu'à la fin du XIX[e] siècle (1608-1885): De l'assistance charitable à la charité organisée

De la fondation de Québec en 1608 à l'adoption de la première loi d'hygiène publique en 1886, le soin des malades et des indigents demeure une responsabilité individuelle et familiale. Mais les proches ne peuvent subvenir à tous les besoins et remédier à tous les maux causés par des situations de crise. L'Église et, dans une moindre mesure, l'État devront donc suppléer.

Depuis la Réforme (XVI^e siècle), l'Église s'attribue de plus en plus comme mission le soin des malades ainsi que la prise en charge des indigents. C'est une mission autant sociale que religieuse. De son côté, l'État monarchique, jaloux de ses prérogatives, se fait gestionnaire de l'imprévu. Tout en assumant ses responsabilités politiques et économiques, il voit aussi au maintien de l'ordre établi. Et si la situation sociale se dégrade, il n'hésite pas à intervenir. Son action se veut donc complémentaire à celle de l'Église. Alors que les communautés religieuses s'occupent de ce qu'on pourrait appeler le passif social (maladie et indigence), l'État s'affaire à réprimer les maux qui représentent une menace à l'ordre (épidémies, disettes, désordres, vagabondage, alcoolisme).

L'hygiène et l'assistance sous le Régime français (1608-1760): Du soin individuel des malades à l'hôpital, refuge polyvalent

Le commerce des fourrures

Le régime des compagnies qui débute avec les premières découvertes et s'achève avec le démantèlement de la compagnie des Cents Associés en 1663 est caractérisé par une économie axée uniquement sur le commerce des fourrures. Cette économie, orientée vers la métropole, permet difficilement le développement d'une société distincte.

En 1663, Louis XIV prend en main son royaume. D'un comptoir, la Nouvelle-France devient colonie de peuplement. Cette nouvelle « province de France » aspire à une plus grande autonomie économique. Cependant, malgré une amorce de diversification, la croissance économique autochtone est freinée par la métropole. La fourrure demeure le bien principal que les autorités métropolitaines permettent à la colonie d'exporter. Durant tout le Régime français, cette contradiction fondamentale entre la volonté de coloniser le territoire et la pratique commerciale de la traite des fourrures subsistera. La colonie, dépendante de la mère-patrie, sera vulnérable en cas de disettes et de guerres.

La première prescription au Canada. L'équipage de Jacques-Cartier passa l'hiver 1635-1636 au bord de la rivière St-Charles près de Québec. Durant l'hivernement, plusieurs matelots furent mortellement atteints. Un indigène enseigna à Cartier un excellent remède: une tisane composée des feuilles et de l'écorce d'un arbre appelé anneda. On buvait la liqueur et on employait le résidu comme cataplasme contre l'inflammation causée par cette maladie.
Archives publiques du Canada.

Dans ce contexte, l'économie de la Nouvelle-France ne pourra jamais atteindre son plein épanouissement. Les priorités de la métropole s'accordent difficilement avec les besoins de la colonie, d'où la croissance des problèmes sociaux. Les autorités coloniales doivent y remédier par une série d'ordonnances qui réitèrent l'obligation pour les habitants de cultiver leurs terres au lieu de s'adonner à la traite des fourrures. En période de disettes et dans l'attente des secours qui retardent, les ordonnances s'étendent même au contrôle du prix des denrées essentielles.

Mais les problèmes qui inquiètent le plus les autorités demeurent le vagabondage et l'alcoolisme. Ils donnent lieu à plusieurs interdits. Attribué d'abord aux coureurs de bois, le vagabondage fait l'objet, jusqu'au début du XVIII[e] siècle, d'une attention spéciale. Ainsi, l'ordonnance de 1673 défend aux colons d'aller dans les bois plus de 24 heures sans permission. En 1676, aux interdictions de mendier viennent s'ajouter les règlements généraux de police obligeant les vagabonds à détenir un certificat de mendicité ou à déclarer leur lieu de résidence.

L'action des autorités portera aussi sur la protection de l'hygiène publique. En général, les édits et ordonnances à caractère social puisent abondamment dans la morale chrétienne.

La charité chrétienne

Les sociétés du temps sont imprégnées d'un sens religieux de la destinée humaine. L'homme est membre d'un corps social où la norme plus que la raison règle ses actions. Les concepts de droit individuel et de droit au bien-être sont inexistants. La vie sociale est régie par un réseau de coutumes immuables. La notion de problème social fait plutôt place à la reconnaissance d'une responsabilité individuelle qui demeure davantage une occasion de faute qu'un instrument de promotion.

Les sociétés traditionnelles sont structurées en réseaux familiaux capables de répondre aux problèmes de maladie ou d'indigence (épidémie, pauvreté, disette).

« La charité privée, individuelle et organisée assumait le fardeau complet de l'assistance. Le soin des pauvres, des infirmes et des orphelins était considéré comme le devoir de l'individu et de la famille et, à défaut de ceux-ci, de l'unité sociale la plus rapprochée. Chaque famille prenait soin de ses infirmes, de ses vieillards et de ses orphelins de la pauvreté immédiate, voire du voisinage; chaque paroisse s'occupait de ses pauvres. »[1]

Les besoins plus généraux sont pris en charge par l'Église qui diffuse une vision chrétienne de l'entraide. Les valeurs de charité et l'esprit missionnaire caractérisent en effet le renouveau chrétien qui s'exprime à cette époque par la floraison de communautés religieuses dont Saint-Vincent de Paul commencera la lignée.

L'hôpital : refuge polyvalent pour malades indigents

En Nouvelle-France, le « système hospitalier » se compose de deux catégories d'établissements : les hôtels-Dieu et les hôpitaux généraux. Les hôtels-Dieu, par tradition, s'occupent surtout des malades. Les hôpitaux généraux voient davantage à secourir les indigents : vieillards, invalides, enfants abandonnés, aliénés. La distinction entre ces deux types d'hôpitaux est claire en France ; elle n'est cependant pas aussi marquée dans la colonie naissante. Plus encore, le lieu naturel de la maladie reste la famille. L'hôpital accueille les malades indigents incapables de se payer les services d'un médecin à domicile.

L'hôtel-Dieu : maison pour la maladie

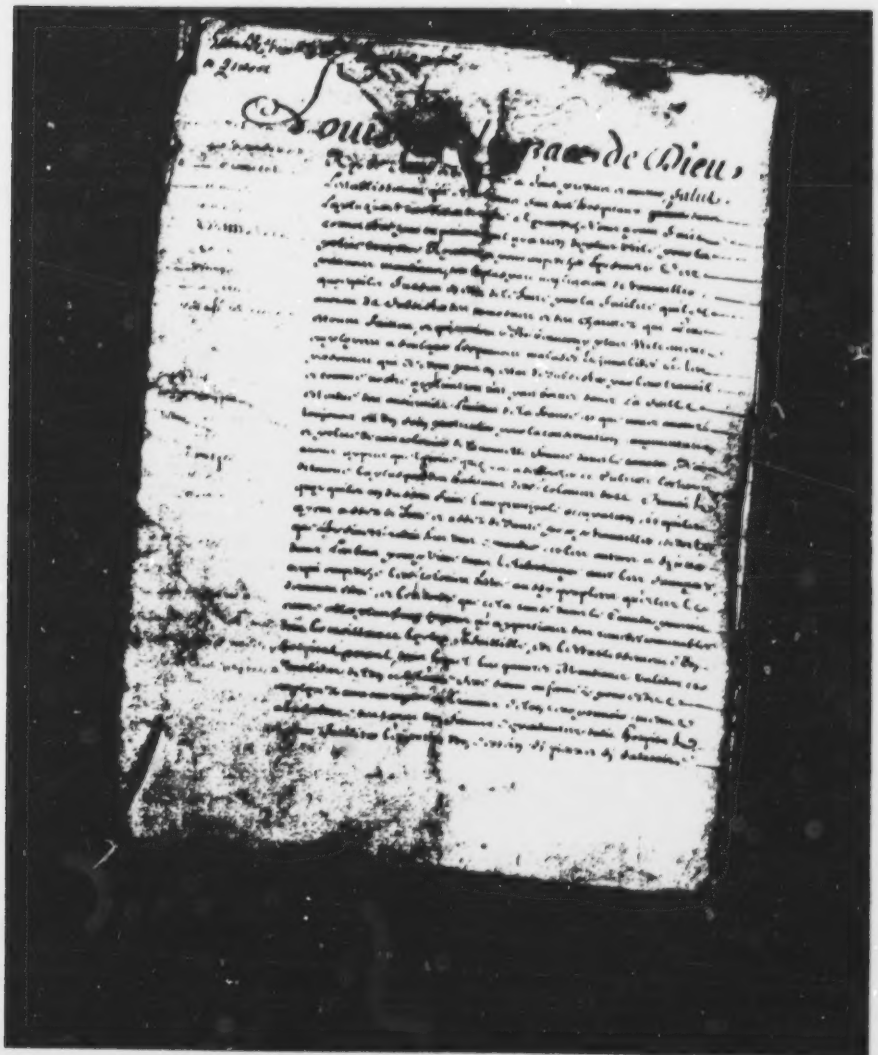
Les Augustines, répondant à un esprit missionnaire autant qu'aux requêtes des quelques habitants installés en colonie, débarquent à Québec en 1639. L'hôpital promis n'est pas encore terminé. Elles s'installent donc dans une maison à Sillery à proximité des « sauvages » dont elles veulent soigner autant les âmes que les corps. Ce n'est cependant qu'en 1644, avec la prise en charge de la colonie par la Compagnie des habitants, que l'Hôtel-Dieu ouvre ses portes.

Dès le début, les soeurs dirigent leur attention davantage vers les Amérindiens malades et indigents que vers les Français. Les annales de l'Hôtel-Dieu débutent ainsi :

« Il y avait plusieurs années que l'on souhaitait un hôpital au Canada, non seulement pour secourir le peu de Français qui l'habitaient, mais beaucoup plus pour soulager les sauvages

qui étaient sujets à de grandes maladies et qui n'avaient aucun moyen d'adoucir la misère dont ils étaient accablés, surtout dans leur extrême vieillesse, ce qui faisait que ceux d'entre eux qui suivaient leurs anciennes et barbares coutumes tuaient les vieillards pour mettre fin à leurs maux, croyant que cela leur rende un grand service ».

En moins d'un an, plus de cent Fr[illegible]is sont admis dans l'hôpital improvisé. Deux cents Amérindiens sont aussi traités, souffrant de petite vérole, d'ulcères et de chancres. Dès son inauguration en 1644, l'Hôtel-Dieu, que les Amérindiens appellent aussi « maison de la mort », offre de l'aide à domicile aux vieillards nécessiteux ou malades. Une autre épopée mystique débute en 1639 avec la fondation de la Société Notre-Dame de Montréal qui



Lettres patentes de l'Hôpital général de Québec avec sceau et signature de Louis XIV, le 9 décembre 1692. On y décrit ainsi la vocation de l'hôpital: « Voulons et ordonnons que les pauvres mendians, valides et invalides de l'un et de l'autre sexe y soient enfermés pour être employés aux ouvrages et travaux que les directeurs du dit hôpital jugeront à propos, sans toutefois que ceux qui seront d'âge à travailler à la culture des terres y puissent être enfermés, et en cas qu'il s'en trouve de cette qualité mendians, ils sont punis de prison et autres plus grandes peines en cas de récidive. »
AMH-DQ

fondera Ville-Marie en 1642. Deux ans plus tard, Jeanne Mance inaugurera, elle aussi, un hôtel-Dieu pour venir en aide autant sinon plus aux Amérindiens païens qu'à la poignée de Français établis dans la colonie.

Les hôtels-Dieu naissent de la ferveur religieuse. Bien que leur but spécifique demeure le soin des malades, la réalité les poussent à remplir aussi plusieurs fonctions d'assistance; ils accueillent des orphelins, des enfants illégitimes, des pauvres malades, des soldats malades ou blessés et les victimes des épidémies. Ainsi, la polyvalence des fonctions assumées par les hôtels-Dieu illustre à quel point pauvreté et maladie demeurent étroitement liées et comment les soins dépassent largement la stricte notion de maladie.

L'hôpital général: refuge pour les démunis

Les hôpitaux généraux remplissent une fonction sociale plus évidente que les hôtels-Dieu; ils sont davantage des institutions de charité que des maisons de soins.

Les hôpitaux généraux sont craints des autorités et deviennent le foyer des rivalités entre les laïcs et le clergé. Bougainville, par exemple, prétend que: « les hôpitaux des pauvres ne servent qu'à autoriser la fainéantise; et il n'y a en effet presque point de pauvres et on ne demande ni dans les rues ni dans les églises, mais ceux qui sont dans le vrai besoin demande avec des permissions du curé ».[3]

De fait, les autorités métropolitaines restent longtemps réticentes à autoriser la construction d'un hôpital général en Nouvelle-France. Les instructions données aux gouverneurs coloniaux dès les débuts sont claires à ce sujet. Cependant, devant la montée des besoins, la charte de l'Hôpital général de Québec est finalement accordée en 1692 et l'établissement, dont le conseil d'administration est composé de laïcs, ouvre ses portes en 1693. Preuve des inquiétudes royales, le ton du document reflète une attitude punitive en proposant notamment l'incarcération des indigents pauvres ou malades et ce, « [...] pour la police de notre royaume et pour empêcher l'oisiveté des pauvres mendiants, dont la plupart négligeaient de travailler, quoiqu'ils fussent en état de le faire [...] ».[4] L'édit permet aussi la fondation de maisons de charité qui peuvent compléter le travail de l'institution, dont l'Institut des Frères Charron à Montréal en 1694. L'Institut accueille dès sa fondation des vieillards, des invalides, des infirmes et des orphelins. Il en est de même pour l'Hôpital général de Québec.

Les hôpitaux généraux, comme les hôtels-Dieu, reçoivent des subsides de l'État pour accueillir certaines catégories d'indigents. Ainsi, l'Hôpital général de Québec reçoit en 1714, 1 000 livres pour voir à l'entretien des aliénés. Des sommes sont aussi versées pour aider les « femmes pécheresses », les soldats et les marins indigents. Cependant, jamais l'aide financière de l'État n'atteindra l'importance des montants accordés aux hôtels-Dieu.

Les bureaux des pauvres

Les bureaux des pauvres apparaissent bien avant les hôpitaux généraux. Dès son arrivée au pays, Monseigneur de Laval met sur pied des « comités des pauvres » en vue d'assister les indigents. Il faut attendre cependant l'ordonnance de 1688 avant que les autorités royales en reconnaissent l'existence. Précurseurs de l'assistance sociale à domicile, les bureaux des pauvres sont des institutions publiques tenant lieu de service social, de caisse d'oeuvre et de bureau municipal d'assistance avant la lettre. Ils sont placés sous la responsabilité d'un comité bénévole laïc dirigé par le curé, un directeur-trésorier et un directeur des pauvres.

Les bureaux des pauvres présentent un caractère fortement répressif. Comme pour les autres organismes d'aide, ils tentent moins d'endiguer les problèmes à leur source que de corriger et même punir les abus. Cette conception défaitiste et dans une certaine mesure misérabiliste se retrouve dans l'énoncé du règlement des pauvres adopté en 1688. On y lit en effet que les directeurs du bureau « [...] excluront les fainéants et glorieux qu'ils renvoyeront (sic) à travailler; mais les pauvres honteux que l'on connaîtra d'ailleurs attachés au bien de leur famille et n'être point débauchés, leur seront en très grande considération et les vieillards seront assistés, en gardant pour les uns et pour les autres un très grand ménagement, ne donnant que le nécessaire absolu, le tout à l'arbitrage des dits directeurs ».[5]

Institutions d'assistance laïques, les bureaux des pauvres entreront rapidement en concurrence avec l'Église quant à la gestion et à la propriété des hôpitaux généraux. C'est le cas pour l'Institut des Frères Charron et pour l'Hôpital général de Québec qui deviennent l'objet des rivalités entre les autorités laïques, le bureau des pauvres et le clergé. Ce dernier imposera son personnel et s'attribuera presque le monopole du soin des malades et de l'entretien des indigents.

La rivalité entre les autorités laïques et religieuses est sensible lors de la fondation de l'Hôpital général. On sait que, pour la bourgeoisie de Québec, l'autorité croissante du clergé représentait une menace à l'autorité du roi. L'année même de sa fondation (1693), les administrateurs laïcs de l'hôpital doivent démissionner. Le bureau des pauvres est aboli; il renaît en 1698 et obtient la révocation des lettres patentes de l'hôpital l'année suivante. Monseigneur de Saint-Vallier rétablit l'hôpital en 1701. Cependant, même s'il accorde aux administrateurs laïcs un droit de regard, l'hôpital passe sous autorité religieuse; à ce moment, l'évêque de Québec devient le seul administrateur de l'institution.

Ainsi, fortement concurrencés par les hôpitaux généraux, dont la gestion passe progressivement à l'Église, les bureaux des pauvres auront malgré tout une existence officielle jusqu'à la Conquête. Seuls organismes laïcs voués au soin des indigents, les bureaux des pauvres apparaissent comme une résistance à l'influence croissante de l'Église.

L'État et l'hygiène publique

Dans le domaine social, l'hygiène publique est certainement le secteur d'activité où l'État est le plus visible. Les règlements de police rédigés par les autorités royales, par exemple ceux de 1673 et de 1676, prévoient des sanctions pour le manque d'hygiène. À ces règlements s'ajoutent une série d'ordonnances sans cesse renouvelées pour contrôler la circulation des cochons dans les villes, réglementer l'évacuation des ordures ou l'inspection de la viande. Dans la majorité des cas, elles sont rédigées à la suite d'une plainte. L'État, par son pouvoir judiciaire, contrôle sans intermédiaire l'hygiène et la salubrité. Il tente aussi de freiner les menaces d'épidémies, de manière ponctuelle et souvent pour répondre à une situation d'urgence. Ainsi, l'intendant de Meulles distribue des vivres en 1685 pour des bateaux infestés qui doivent rester au large.

L'aide aux enfants trouvés

L'aide aux enfants trouvés constitue une fonction dévolue traditionnellement à l'État. En France, le soin de ces derniers est confié depuis 1638 à l'Oeuvre des enfants trouvés fondée par Saint-Vincent de Paul. Au Canada, étant donné l'absence d'une institution semblable, il revient aux seigneurs de voir au placement et à la mise en apprentissage des enfants trouvés. Ceci fait partie de leurs droits de justice. La prise en charge officielle des enfants trouvés remonte à 1694, année où le roi reçoit les hautes justices de son Domaine au Canada.

L'aide exceptionnelle à d'autres catégories d'indigents

Certains groupes, et même des individus, profitent des largesses de la charité royale. Cette aide n'est pas généralisée. Elle s'adresse à des groupes bien définis, proches des autorités. Elle peut être considérée comme une gratification pour services rendus. Outre les immigrants démunis pour lesquels l'État débloque momentanément des sommes de toute urgence, les officiers, les soldats et les prêtres retraités reçoivent de généreuses pensions. Par l'édit de 1709, les officiers et soldats peuvent bénéficier d'une pension de retraite à vie ou une « caisse d'administration ». Une pension est aussi versée aux prêtres âgés ainsi qu'à ceux ayant oeuvré dans les paroisses pauvres. Dans le budget de 1757, sur 45 800 livres accordées pour fins religieuses, 2 000 sont destinées à la retraite des prêtres et 7 600 aux curés pauvres.

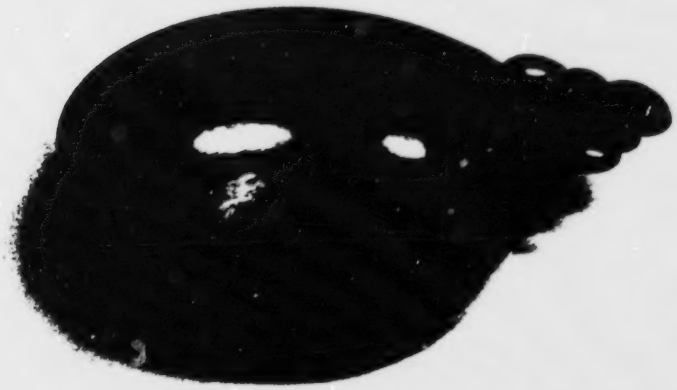
L'art de la médecine

La métropole, dans un but avoué de contrôler le développement de ses colonies, hésite longtemps avant de permettre la création d'industries autochtones qui concurrenceraient celles de la mère-patrie. On connaît l'aversion des autorités de la métropole à autoriser la venue dans la colonie de certains corps de métiers jouissant de privilèges trop considérables ou représentant des obstacles à l'absolutisme royal, les avocats par exemple. En outre, l'art de la médecine n'est pas, comme en France, le monopole d'un corps de métier. Trois groupes se partagent la pratique : les médecins, les barbiers-chirurgiens et les chirurgiens. Les médecins jouissent d'un statut professionnel. Quant aux barbiers-chirurgiens et aux chirurgiens, ils sont assimilés jusqu'en 1743 aux gens de métier. L'édit de 1592 en avait fixé les règles de pratique :

« L'état de maître barbier et chirurgien [...] s'étend non seulement sur le fait des barbes et cheveux, mais à la chirurgie en théorique et pratique : anatomie du corps humain, et de panser apostumes, plaies, ulcères, fractures, dislocations, cognissance des simples, composition de médicaments et autres choses concernant la santé du corps humain. »[1]

Marchand d'herbes médicinales, XIX^e siècle.
Archives Notman.

Il faut ajouter à ces praticiens les apothicaires, les sages-femmes, les ramancheurs, considérés plus tard comme des charlatans mais qui, à l'époque, jouissent d'une grande popularité. Ils bénéficieront d'ailleurs de l'appui populaire jusqu'au début du XX^e siècle. Dans les campagnes principalement, on accordera plus facilement sa confiance à un individu possesseur d'un don ou reconnu pour sa dextérité qu'à un savant initié à quelque savoir livresque.



Bol à saignée utilisé à l'Hôtel-Dieu de Montréal.
ARHSJ-Montréal

Jambettes et lancettes utilisées à l'Hôtel-Dieu de Québec pour les saignées et les interventions chirurgicales (XVII^e siècle).
AMH-DQ

Les médecins

Il ne viendra sous le Régime français que trois médecins : Michel Sarrazin, Jean-François Gauthier et François Lebeau. Michel Sarrazin, le premier, arrive à Québec en 1686. Il est alors chirurgien-major. Sarrazin repart pour la France en 1694 pour compléter sa formation, revient à Québec trois ans plus tard comme médecin; il est aussitôt nommé à l'Hôtel-Dieu. Il bénéficie dès lors d'un grand prestige et siège au Conseil souverain.

En Nouvelle-France, l'art de la médecine est pratiqué surtout par les barbiers-chirurgiens. Déjà, en 1648, on dénombre 15 chirurgiens-apothicaires pour une population de 241 habitants. À la veille de la prise en charge de la colonie directement par le roi, en 1660, on compte 30 chirurgiens pour 1 000 habitants. En 1712, la ville de Québec regroupe 12 000 habitants dont 36 chirurgiens-barbiers. Soulignons que Louis Hébert, le premier colon de la Nouvelle-France, est apothicaire. Robert Giffard, le premier Seigneur au Canada, est aussi le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Michel Sarrazin (1659-1734).

Michel Sarrazin, premier médecin en Nouvelle-France.
AMH-DQ

Les chirurgiens-barbiers exercent leur profession hors des hôpitaux: la noblesse et la bourgeoisie reçoivent les soins à domicile. Un contrat signé en 1655 entre le chirurgien Étienne Bouchard de Montréal et 26 chefs de famille de la ville, est révélateur de la mentalité de l'époque. L'entente stipule que Bouchard doit offrir les soins et les médicaments contre une rémunération de 100 sous par année.

La pratique de la médecine demeure jusqu'à la fin du Régime français assez peu réglementée. Les chirurgiens-barbiers occupent une place enviable qu'ils doivent cependant disputer aux « charlatans », très en demande, et surtout aux « chirurgiens de vaisseaux ». Aussi, il n'est pas surprenant de voir le chirurgien Jourdain Laprès faire des représentations en 1712 au Conseil supérieur pour qu'on limite à quatre le nombre de « maîtres-chirurgiens » dans la ville de Québec. La demande reste lettre morte jusqu'en 1750, moment où tous les chirurgiens sont contraints par ordonnance à subir un examen devant le médecin du roi et un délégué de l'intendant. Mais déjà le régime s'essouffle, préoccupé davantage par l'effort de guerre que par le peuplement.

Grandeurs et limites de l'autorité royale au Canada

En terre d'Amérique plus qu'en France où le poids des traditions et des privilèges contrebalance l'autorité du roi, le pouvoir royal est absolu. L'absolutisme royal est même visible dans les domaines traditionnellement placés sous la responsabilité de l'Église.

L'autorité royale s'exerce de trois manières: de façon juridique en considérant les hôpitaux et surtout les hôpitaux généraux comme des institutions d'intérêt public et donc soumises à l'autorité du roi; en exerçant un contrôle sévère sur le développement des communautés religieuses au moyen des lettres patentes par lesquelles tout changement de personnel ou l'acquisition de biens doit recevoir l'autorisation royale; par le versement de subsides, grâce auxquels les autorités royales s'attribuent un droit de regard sur le fonctionnement des hôpitaux comme des hôtels-Dieu. L'édit de 1743 est révélateur de la mentalité du pouvoir civil:

« Quelque faveur que puissent mériter les établissements fondés sur des motifs de religion et de charité, il est temps que nous prenions des précautions efficaces pour empêcher qu'il ne puisse non seulement s'y en former de nouveaux sans notre permission, mais encore pour que ceux qui y sont autorisés ne multiplient des acquisitions qui mettent hors de commerce une partie considérable des fonds et domaines de nos colonies et ne pourraient être regardés que comme contraires au bien commun de la société. »[7]

---

1 Gonzalve Poulin, L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951, Annexe II du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, pp. 9-11.
2 Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1639, pp. 7, 8.
3 Bougainville, Mémoire sur l'État de la Nouvelle-France, 1757, RAPQ, 1923-24, p. 64.
4 Permission de roi d'établir un hôpital général à Québec, mars 1692, Édits et ordonnances du Conseil supérieur, pp. 271-274.
5 Règlement pour les pauvres, 8 avril 1688, Jugements et délibérations du Conseil supérieur, III, pp. 219-223.
6 S. Leblond, Trois siècles de médecine québécoise, pp. 15-24.
7 Déclaration du roi sur les ordres religieux et gens de main morte dans la colonie, 25 novembre 1743, Édits et ordonnances du Conseil supérieur, pp. 576-581.

L'hygiène et l'assistance sous le Regime anglais (1760-1840): De la punition à la correction du mal social

La fin de l'absolutisme royal et la liberté individuelle

Au début du XIXe siècle, une nouvelle conception du pouvoir voit le jour, conséquence de la Révolution française (1789). À l'idéal d'une société hiérarchique où l'autorité du roi s'exerce de façon quasi religieuse, succède la représentation plus démocratique d'un groupe social où chaque individu, en fonction de règles définies par l'ensemble, est maître et responsable de ses actes. Ce courant d'émancipation et de liberté individuelle apparaît simultanément à la montée d'une économie marchande dont le libéralisme économique est la plus fidèle expression. Le temps est moins durée et pérennité que valeur sociale et économique, riche de progrès autant que de changements. Une attention est portée à l'homme comme élément dynamique du corps social. C'est l'époque où les sciences humaines s'organisent et au cours de laquelle les droits de l'homme sont énoncés.

L'esprit des lois

Matérialisation de la volonté souveraine du peuple, le recueil des lois constitue la référence suprême à laquelle se conforme la pratique sociale. Alors que les édits et ordonnances du Régime français étaient toujours attachés à la personnalité du souverain, la loi devient le diktat anonyme au-dessus duquel rien n'existe.

La législation par ordonnance cesse en 1793, date à laquelle siège pour la première fois l'Assemblée législative. Bien que, juridiquement, le roi représenté par le gouverneur convoque l'Assemblée et que toute législation doit nécessairement recevoir la sanction royale, dans les faits, l'initiative législative est progressivement laissée aux représentants élus auxquels le gouverneur doit souvent s'opposer.

Sous le couvert d'une monarchie constitutionnelle émerge donc au Canada une structure d'autorité parlementaire qui s'harmonise bien avec les nouveaux principes de liberté et de démocratie. Libertés individuelles et contraintes sociales deviennent les deux préceptes de base qui orientent l'action de l'État et auxquels sont soumis les groupes intermédiaires oeuvrant dans le domaine de la santé et de l'assistance.

L'omniprésence de l'Église et le maintien de l'aide traditionnelle

Depuis le changement de métropole, la mise en place d'une nouvelle structure politique et l'arrivée des commerçants britanniques, tout un nouveau paysage du Canada se dessine. L'élite française décimée, l'Église demeure la seule structure organisée présente dans le domaine de la santé et de l'assistance. Cependant, bien que le traité de Paris de 1763 maintienne les droits et les coutumes, notamment dans l'exercice du culte, il faut attendre l'Acte de Québec, en 1774, pour que les traditions d'assistance soient confirmées.

De type féodal et ecclésial, l'assistance au Canada reproduit encore la structure présente en France, au XVIIe siècle. Elle s'appuie sur la solidarité des groupes naturels que sont la famille et la paroisse. Dans ce schéma, l'Église dispense une aide complémentaire par l'intermédiaire de ses institutions, élevant l'exercice de la charité à la dignité d'un service religieux, lui conférant ainsi une valeur hautement spirituelle.

« *[...] chaque famille, chaque village, chaque seigneurie et même chaque bourg considérait de son devoir de pourvoir à l'entretien de ses infirmes et de ses pauvres. Définie comme un devoir primordial et sacré de l'individu et de la famille, l'acceptation de cette responsabilité se traduisait en fait par la présence au foyer familial de membres de plusieurs générations, vieillards et proches parents, infirmes ou orphelins. Parfois même, on allait jusqu'à donner le gîte et le couvert à des étrangers complètement démunis.* »[1]

La Conquête aura pour effet d'unir l'Église et la communauté canadienne-française. La cause de l'une s'identifiera graduellement à celle de l'autre.

Reconstitution des soins donnés à une « sauvagesse » tel qu'ils étaient encore pratiqués dans les combles de l'Hôtel-Dieu de Québec au début du XX^e siècle. *AMH-DQ*

Pauvreté et maladie

L'insertion des valeurs individuelles, elles-mêmes issues d'un libéralisme économique naissant, incite à distinguer pauvreté, mal social à responsabilité individuelle, de maladie, mal individualisé à répercussion sociale. Ainsi, alors que les institutions héritées du Régime français servaient plutôt de refuge pour isoler la pauvreté et la maladie du reste de la société, l'indigence sera de plus en plus perçue, à partir de 1760 et davantage encore vers les années 1800, comme inhérente au développement social. D'où la volonté d'en réformer les aspects par un contrôle plus serré des individus tout en confiant le redressement aux organismes bénévoles et paroissiaux.

Les rôles respectifs de l'Église, de l'État et des groupes intermédiaires

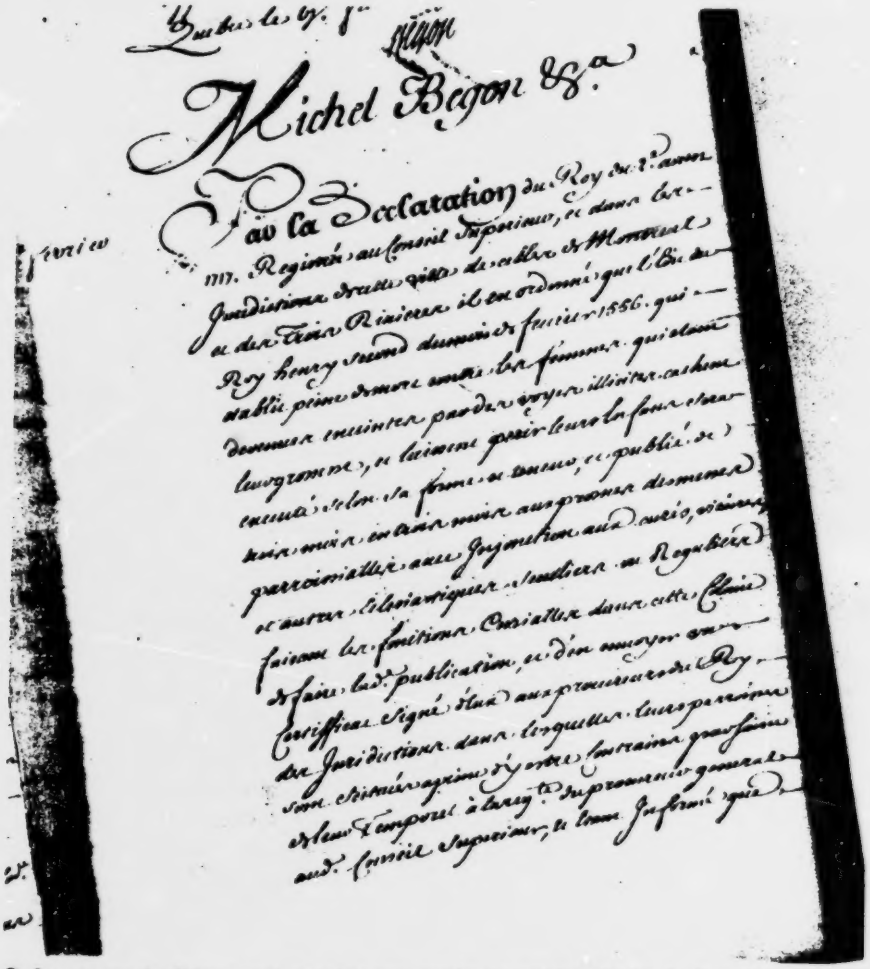
À partir de 1800, l'aide des organismes de charité laïcs et des associations bénévoles vient s'ajouter à l'oeuvre de charité de l'Église. Vers la même époque, le gouvernement commence à verser des subsides destinés à certaines catégories de malades indigents. L'Église se préoccupe toujours de pauvreté et l'État de plus en plus de maladie.

L'hôpital: du refuge social au lieu de guérison

Les communautés religieuses observent un mode de fonctionnement strict. Les religieuses de l'Hôtel-Dieu gèrent le traitement de la maladie par des règles de fonctionnement qui s'inspirent à la fois des règles monastiques et des méthodes carcérales en vigueur à l'époque. Cependant, grâce à une pratique médicale mieux contrôlée et moins empirique, l'hôpital, refuge social, devient aussi lieu de guérison.

Les communautés religieuses, propriétaires des hôpitaux, peuvent de moins en moins se passer de l'aide gouvernementale. Sous le Régime français, le gouverneur, l'intendant, l'évêque et certains membres de la bourgeoisie accordaient personnellement une aide aux institutions d'assistance. Sous le Régime anglais, l'aide gouvernementale est beaucoup plus subsidiaire et de moins en moins personnalisée. Elle est cependant accordée par législation particulière, ce qui souligne encore son caractère exceptionnel.

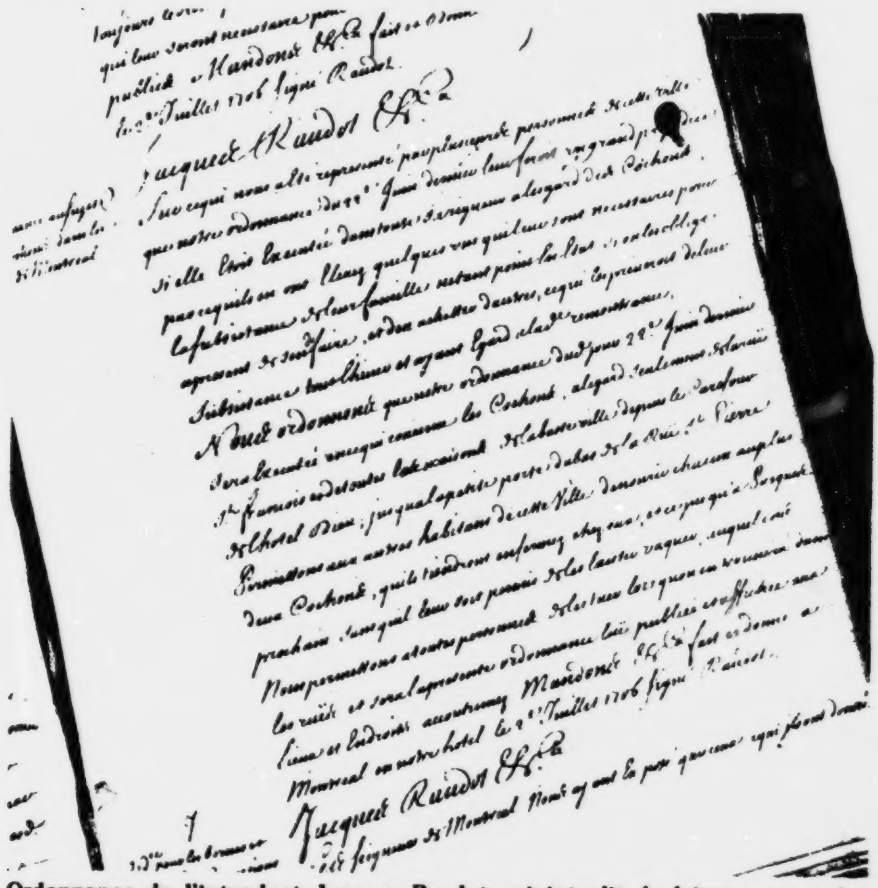
L'aide gouvernementale s'avère d'autant plus nécessaire qu'avec la Conquête, la situation financière des communautés religieuses devient précaire. Les soeurs de l'Hôtel-Dieu sont très endettées. L'état des finances de l'Hôpital général de Québec en 1762 est dramatique. Il est même question d'en confier l'administration aux soeurs de l'Hôtel-Dieu. L'évêque de Québec verse personnellement le pécule nécessaire pour renflouer les coffres vides. À la même époque, le gouverneur Murray accorde une première subvention afin d'aider à secourir les « enfants bâtards » (abandonnés). Le financement est offert avec parcimonie. Le gouverneur stipule que l'argent doit servir exclusivement à cette catégorie d'indigents. En fait, l'argent permet tout au plus de ne pas accroître le déficit. Jusqu'en 1800, les subventions consenties demeurent exceptionnelles.



Ordonnance de Bégon qui enjoint aux curés de publier l'édit du Roi Henri II, de février 1556, qui établit la peine de mort à l'égard des femmes enceintes « par voies illicites » et qui laissent périr leur enfant.
ANQ, 03Q, E1/6, 6 février 1922.

Devant la montée des coûts, une enquête doit être instituée en 1824. Le rapport du comité spécial chargé d'étudier spécifiquement les problèmes des hôpitaux qui accueillent les « personnes dérangées dans leur esprit », les enfants trouvés et les personnes malades et infirmes, recommande au gouvernement du Bas-Canada de financer uniquement l'excédent des dépenses. Il suggère au législateur de ne pas permettre aux communautés religieuses d'augmenter le nombre de leurs bâtiments. L'État se voit donc obligé d'intervenir afin de dispenser les soins pour certaines catégories de démunis (enfants trouvés, aliénés, malades indigents) dont les communautés religieuses seules ne peuvent s'occuper sans accroître davantage leur endettement. En 1839, le rapport du docteur Doratt sur l'état des hôpitaux, prisons et établissements charitables, annexé au rapport Durham, confirme toutefois que la situation de certaines catégories d'indigents comme les « insensés » (aliénés) demeure tout aussi précaire qu'en 1824.

Les hôpitaux ou, plus exactement, les communautés religieuses continuent d'accueillir, au rythme de la croissance démographique, un nombre sans cesse grandissant d'indigents malades pour lesquels l'État accorde une aide d'urgence. L'État encourage donc la formation de nouvelles sociétés de bienfaisance, de sociétés mutuelles et la mise sur pied d'hôpitaux laïcs.



Ordonnance de l'intendant Jacques Raudot qui interdit de laisser vaquer les cochons dans certaines rues de Montréal.
ANQ, 03Q, E1/1,2 juillet 1706

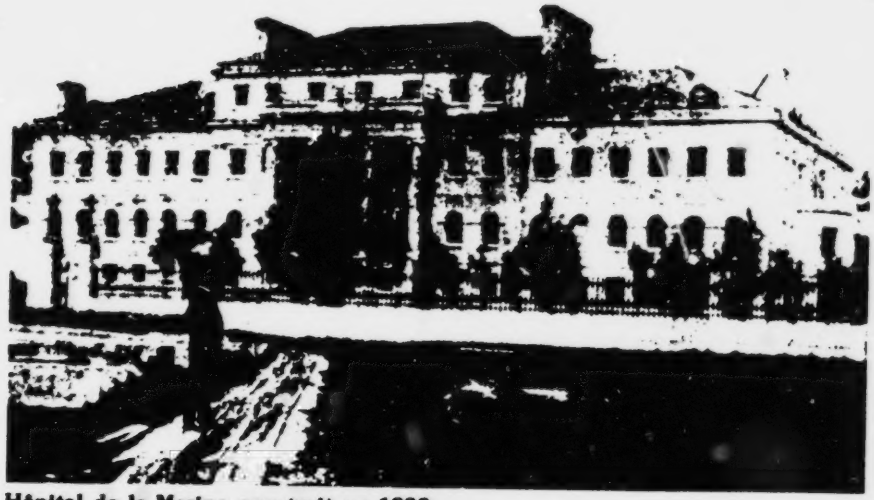
Le combat contre les épidémies

Avec l'arrivée d'un nombre de plus en plus considérable d'immigrants, les mauvaises conditions d'hygiène à bord des bateaux et le manque d'infrastructures sanitaires dans les ports d'accueil, plusieurs épidémies éclatent entre 1760 et 1840. Une première épidémie de

variole est recensée en 1783. Dix ans plus tard, le « mal de la Baie Saint-Paul » (syphilis) prend une envergure dramatique. La maladie se répand dans tout le Bas-Canada. Une commission royale d'enquête doit être constituée. D'autres épidémies de variole apparaissent aussi en 1814 et 1823. En 1832, la terrible épidémie de choléra asiatique, provenant d'Angleterre et d'Irlande, fait 2 800 morts à Québec et 4 000 à Montréal. La consternation est générale d'autant plus que les moyens utilisés pour endiguer l'épidémie s'avèrent inefficaces.

Ces fléaux incitent l'État à intervenir par la mise sur pied d'un dispositif stable de contrôle et l'organisation d'un système de soin institutionnel. On ne connaît pas à l'époque de technique éprouvée de lutte à la contagion et on ignore même les bases étiologiques du choléra. Le meilleur dispositif de contrôle demeure la quarantaine. La Loi de la quarantaine de 1795 permet l'ouverture de Grosse-Île en 1832. Aux mesures de contrôle s'ajoutent la mise sur pied d'institutions temporaires, tel l'hôpital des émigrés en 1823. L'hôpital pour les contagieux de Lévis ouvre ses portes en 1830 afin de recevoir les marins malades. Il sera désaffecté trois ans plus tard.

Outre les hôpitaux temporaires, le gouvernement du Bas-Canada met sur pied des bureaux de santé, en 1832, dans les villes portuaires de Québec et de Montréal. Ces bureaux temporaires connaîtront une existence précaire. Cependant, l'épidémie de choléra de 1832 oblige la construction, aux frais de l'État, de l'hôpital de la Marine en 1834 qui doit remplacer le désuet hôpital des émigrés. C'est le premier hôpital permanent consacré uniquement aux soins des marins contagieux et malades



Hôpital de la Marine construit en 1832.
ANQ, Coll. initiale.

L'intervention laïque, perceptible lors de la construction des hôpitaux pour les contagieux et la mise sur pied des bureaux de santé, perd son caractère exceptionnel. Dorénavant, entre l'État et le citoyen, toute une série de groupes intermédiaires prennent place. Ils s'occuperont de l'indigence et des soins aux malades, tout comme les communautés religieuses.

Les corps intermédiaires

À partir du début du XIX[e] siècle, l'État délèguera beaucoup de ses responsabilités à diverses associations charitables. La Société bienveillante de Québec, par exemple, fondée vers 1789, constitue la première association à s'occuper d'aide à domicile.

Avec l'adoption du Code municipal en 1832, un nouveau pouvoir apparaît. Les municipalités concurrenceront l'autorité religieuse, jusque là responsable de la santé et du soin des indigents dans les paroisses. Alors que les problèmes d'indigence sont à l'origine des sociétés de bienveillance et de secours mutuels, les épidémies amènent la formation d'associations médicales.

La médecine, un art mieux réglementé

Durant la période 1760-1840, le concept de maladie se transforme. Il se départit graduellement de la gangue des explications philosophiques, ésotériques, cosmogoniques, fantastiques que les médecins dépeints par Molière utilisaient. La maladie apparaît dorénavant comme un mal que la recherche et l'expérience peuvent aider à soigner — même si la saignée et la purge demeurent les principales thérapeutiques.

L'art médical reste somme toute empirique. En cette fin du XVIII[e] siècle, il laisse encore beaucoup de liberté aux pratiques traditionnelles, plus populaires. Le docteur James Fisher propose en 1784, à la Commission d'enquête sur le mal de Baie Saint-Paul, d'établir des corporations à Québec et à Montréal pour « filtrer le personnel médical et écarter les charlatans ». Lors de la remise du rapport, en 1786, le rédacteur propose même un contrôle systématique de la pratique médicale. Cette recommandation donne lieu en 1788 à la première loi pour contrôler la pratique de la médecine et les prix des médicaments.

En 1826, on adopte l'Acte médical. Il permet la formation de deux bureaux d'examinateurs à Québec et Montréal pour décerner des certificats de pratique. C'est la première version du collège des médecins.

En 1838, le docteur Doratt recommande la formation d'une école de médecine. Selon lui, la pratique médicale doit être mieux contrôlée certes, mais la formation doit aussi être améliorée. Doratt appuie sa proposition sur l'expérience du Montreal General Hospital qui dispense des cours de médecine depuis 1824. À cause de la grande popularité de ses cours, l'école de médecine est détachée de l'hôpital en 1832 et devient le collège McGill. Du côté francophone, il faudra attendre en 1843 pour voir l'inauguration, à Montréal, d'une école de médecine et de chirurgie. À Québec, le docteur Joseph Morin dispense des cours à partir de 1848.

Pourtant, à la campagne surtout, le médecin est concurrencé par le ramancheur ou la personne reconnue pour ses dons ou ses recettes miracles. La médecine populaire demeure bien vivante. Cependant, les épidémies amèneront une meilleure organisation des interventions médicales et un contrôle plus sévère des pratiques.

---

1 ***Québec Province, Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique** (rapport Boucher), p. 28.*

La prise en charge de l'hygiène publique au niveau municipal (1840-1885): De la maladie à l'hygiène

Extrême-onction à la Salle du précieux-sang de l'Hôtel-Dieu de Québec en 1877. Stéréogramme par L.P. Vallée.
AMH-DQ

L'Église et le soin des malades

L'Église continue de développer son plan de civilisation rurale et idéalise le mode de production agraire. Le prêtre demeure l'âme dirigeante des paroisses.

« Le prêtre est d'absolue nécessité pour la prospérité d'un nouvel établissement. C'est lui qui est l'âme de tout. Car les personnes instruites y sont rares; et là où il faut tout créer pour donner la marche à la société, il faut une personne de tête qui jouisse de la confiance publique et qui puisse se sacrifier. »[1]

Bientôt, sous la poussée de l'industrialisation, l'exode rural s'accentue rendant encore plus cruciaux les problèmes sociaux d'indigence ou de maladie auxquels les travailleurs des manufactures doivent faire face.

Gravure tirée du *City of Quebec Jubilee Illustrated* de 1887 représentant le quartier St-Roch, dans la Basse-Ville de Québec, au début de la période d'industrialisation.
Archives de la Ville de Québec.

Devant la croissance des besoins et à cause de la pénurie de religieux et religieuses, les évêques de Québec et Montréal encouragent, à partir de 1840, la formation de nouveaux instituts religieux. Ils font venir de l'Europe les communautés susceptibles de répondre à des besoins particuliers. Monseigneur Bourget attire de France les Pères Oblats de Marie-Immaculée en 1841, les Jésuites en 1842, les Dames du Sacré-Coeur la même année et les religieuses du Bon Pasteur en 1844. Il fonde aussi la congrégation des Soeurs des Saints-Noms de Jésus et de Marie en 1842 et, deux ans plus tard, les Soeurs de la Providence.

Pour l'assistance à domicile, l'esprit du Régime français perdure. À la campagne, le cadre paroissial supplée aux insuffisances de la famille. Les comités paroissiaux, avec à leur tête le curé, exercent une activité similaire à celle des bureaux des pauvres sous l'ancien régime.

L'intervention de l'État

L'aide indirecte de l'État, sous forme de subsides, atteint un sommet entre 1840 et 1885. Au lieu d'accorder de l'aide uniquement aux institutions religieuses et aux comités paroissiaux d'assistance, l'État encourage dorénavant un partage des tâches avec les nouvelles structures municipales implantées en 1833 à Québec et Montréal, puis étendues à d'autres villes avec l'adoption du Code municipal en 1860.

En 1841, une loi tente de freiner l'immigration des classes pauvres venant d'Angleterre et d'Irlande. On veut ainsi réduire les dangers d'épidémies.

Le gouvernement d'Union adopte aussi des lois visant à encourager la pratique de la « vaccine » (vaccination). L'incitation se fait même quelquefois pressante. En 1853, le législateur menace de couper les crédits aux hôpitaux qui ne se dotent pas de vaccins. À partir de 1867, l'article 92 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique confie la santé et le bien-être social aux provinces. Cependant, les autorités provinciales se limiteront, pour un temps, à superviser les travaux des administrations municipales.

Le quai de Grosse-Île au début du siècle.
ANQ Fond Livernois.

Les associations de charité et les sociétés de secours mutuel

L'année 1846 voit la naissance de la Société Saint-Vincent de Paul, un organisme mi-laïc, mi-religieux introduit par le docteur Painchaud. Cette société fonctionne pratiquement de manière autonome sans le secours de l'État. Elle perpétue les traditions d'entraide héritées de la France.

D'autres associations de bienfaisance et sociétés de secours mutuel, nombreuses, verront le jour. On dénombre neuf incorporations entre 1840-1860 et soixante-six entre 1860 et 1888.

Avant 1840, le contrôle des associations est quasi inexistant. Mais à partir de ce moment, la pratique de l'incorporation des sociétés charitables et de secours mutuel se généralise. Le législateur y veille, notamment par la loi de 1849 sur les droits des corporations, et celle de 1850 sur les sociétés de secours mutuel: Acte pour incorporer certaines associations charitables, philantropiques et de prévoyance et pour protéger d'une manière efficace les fonds des dites associations contre la fraude et le mauvais emploi qu'on pourrait en faire. Le préambule de cet acte indique la tendance, généralisée à l'époque, de se prémunir contre la maladie et les autres malheurs inhérents à la vie en société. Il mentionne aussi la volonté du gouvernement d'encourager les habitudes de prévoyance. En 1869, on introduit un amendement à la loi de 1850 pour inclure les femmes déchues ou, comme il est dit « pour retirer du vice et réformer les femmes déchues ». En 1882, la loi est étendue à l'ensemble des groupes défavorisés. Cet amendement donne une reconnaissance officielle aux sociétés de secours mutuel et aux associations charitables.

Commerce du bois dans les anses de Sillery au XIX^e^ siècle.
Archives de la Ville de Québec, Centre de documentation photographique

Premier asile de Beauport, en 1845, dans l'ancien manoir de Robert Giffard, seigneur de Beauport.

La spécialisation des hôpitaux: la naissance des asiles et des hospices

À compter de 1840, devant la croissance du nombre des « aliénés » accueillis dans les hôpitaux comme dans les prisons, l'idée de convertir certains hôpitaux en asiles s'impose. L'organisation de ces établissements est inspirée des techniques carcérales. Durant la période 1840-1885, on assiste donc au passage de la « prison des fous » à « l'hôpital des aliénés ». Cependant, trop souvent, la volonté de « redressement » héritée des prisons l'emporte sur celle de la « formation ». Selon la mentalité de l'époque, l'aliéné mental comme le meurtrier est quelqu'un qui doit être enfermé et redressé. D'ailleurs, et ce jusqu'en 1908, l'inspecteur nommé pour surveiller les prisons est aussi responsable de l'inspection des asiles.

Premier patient sur la liste des « insensés » que l'Hôpital général de Québec envoya au Manoir de Beauport en 1848.
Archives du Centre hospitalier Robert-Giffard.

L'absence d'asile est déplorée par le docteur Doratt en 1838. Le premier hôpital pour malades mentaux est municipal: l'hôpital de Beauport, construit en 1845. Il sera vendu aux soeurs de la charité en 1893.

Le rapport de 1838 donne lieu à des législations importantes. En 1857, on vote l'acte autorisant la réclusion des personnes aliénées représentant des dangers pour la société. La loi permet même de différencier les « aliénés dangereux », des « idiots » et des « imbéciles ». En 1879, une clause est ajoutée, qui permet l'admission des aliénés sans soutien. Avec la refonte de la loi en 1885, naît ce qu'on peut appeler le système des hôpitaux psychiatriques. L'asile devient véritablement un hôpital spécialisé. Quant aux asiles privés, l'État se contente d'une surveillance destinée surtout à protéger les patients admis.

Vers 1870, on construit les premières institutions pour soigner les alcooliques ou « asiles pour ivrognes ». Ces établissements spécialisés viennent s'ajouter aux hôpitaux de la Marine, aux hôpitaux pour les contagieux et les immigrants et aux hospices pour vieillards. L'hôpital général de Montréal créera, en 1869, treize hospices ou asiles pour vieillards, répartis un peu partout dans la province et même aux États-Unis. La naissance d'hôpitaux destinés à une clientèle spécifique correspond à un début de spécialisation de la médecine.

De l'art de la médecine à la science médicale

Les premières écoles de médecine veulent offrir une meilleure formation aux apprentis et représentent un moyen pratique de mieux écarter ceux qu'on qualifiera dorénavant de « charlatans ».

La Société médicale de Québec, fondée en 1826, exerçait déjà une certaine forme de contrôle. Il faut attendre cependant l'épidémie de 1847 pour que le gouvernement manifeste clairement sa volonté de contrôler la pratique de la médecine par l'adoption de l'Acte pour incorporer les membres de la profession médicale dans le Bas-Canada et régler l'étude et la pratique de la médecine et de la chirurgie (Collège des médecins). Cette loi fournit les principaux caractères structuraux des corps professionnels en matière de santé. Il s'agit en fait de la structuration du Collège des médecins.

Maison occupée par l'École de médecine sur la rue St-George à Montréal, de 1841 à 1845.
Tiré du Montreal Medical Journal *août 1902.*

La médecine commence aussi à se spécialiser. Aux généralistes s'ajoutent bientôt les médecins hygiénistes, les spécialistes des maladies contagieuses et les responsables des salles d'asile. De son côté, le législateur veut exercer une forme de contrôle sur la vente des médicaments et des vaccins. Ainsi, en 1864, le contrôle des médicaments passe sous la responsabilité du Collège des médecins. En 1870, l'Association des pharmaciens voit le jour et, cinq ans plus tard, elle retire aux médecins l'exclusivité du domaine des médicaments. En 1885, l'Association des pharmaciens accorde ses premières licences de vente des médicaments. C'est la naissance du système moderne des pharmacies.

Deux autres groupes professionnels sont aussi formés à cette époque: le Collège des médecins et chirurgiens-homéopathes de Montréal en 1865 et l'Association des dentistes en 1869 (le Collège des chirurgiens-dentistes ne sera formé qu'en 1904).

La profession médicale, à l'instar des autres professions libérales, acquiert un statut juridique et un prestige qui permettent certains jeux d'influence. La constitution du Collège des médecins en 1847 stipule que ce dernier devra oeuvrer pour promouvoir la santé publique mais aussi pour rehausser le prestige de la corporation. La popularité du médecin s'accroît au rythme des épidémies enrayées, des découvertes techniques et des campagnes de sensibilisation pour la salubrité. La formation de la Société d'hygiène de la province de Québec, en 1884, vient confirmer le pouvoir croissant des médecins auprès des autorités provinciales.

---

1 Témoignages de l'Abbé P.J. Bédard devant un comité de l'Assemblée législative en 1839 dans les Journaux de l'Assemblée législative, appendice VIII[e], reproduit dans Serge Mongeau, Évolution de l'assistance au Québec, p. 24.

1

La création du Conseil d'hygiène de la province de Québec: la naissance d'un mouvement sanitaire provincial (1886-1918)

À la fin du XIX^e^ siècle, l'hygiène publique reste une préoccupation secondaire pour les élus municipaux davantage intéressés par le développement industriel.

La loi d'incorporation des villes de Québec et Montréal en 1836 rendait les municipalités responsables de l'hygiène. Le code municipal de 1860, mais surtout sa reformulation en 1870, confirme ces responsabilités. Sans être une obligation, il appartient aux municipalités de voir à l'établissement et à la bonne administration des établissements d'aumône, de secourir les pauvres à domicile, d'aider et même de subventionner les hôpitaux établis sur leur territoire, d'émettre des règlements d'hygiène et de salubrité afin de diminuer la mortalité comme la mendicité.

Cependant, les municipalités sont lentes à réagir efficacement aux problèmes créés non plus seulement par les épidémies amenées par les vagues successives d'immigration mais aussi aux maladies engendrées par un contexte industriel malsain.

Malgré les campagnes de vaccination et la prise en charge des coûts par les municipalités, la pratique de la « vaccine » se heurte bien souvent à l'hostilité de la population, qui demeure sceptique. Encore à l'étape expérimentale, les vaccins donnent peu de résultats probants: ils sont produits à l'extérieur et les délais de livraison en réduisent beaucoup l'efficacité; les médecins ne savent pas toujours comment les administrer; l'inoculation est souvent pratiquée après l'apparition des symptômes.

Devant l'inefficacité des bureaux de santé locaux, le gouvernement fédéral, en 1885, n'hésite pas à intervenir directement en mettant sur pied un bureau central de santé. L'urgence de la situation et son ampleur exigent une concertation à l'échelle nationale.

Quelques mois plus tard, l'autorité provinciale emboîte le pas lors de l'épidémie de variole et forme un bureau provincial d'hygiène permanent. La législature de la province adopte en 1886 sa première loi d'hygiène publique. Un an plus tard, le Conseil d'hygiène de la province de Québec voit le jour. C'est le début du mouvement hygiéniste.

La création du Conseil d'hygiène de la province de Québec: la naissance d'un mouvement sanitaire provincial (1886-1918)

L'hygiène publique en contexte industriel et urbain

Amorcée dans les années 1850, l'industrialisation connaît un certain ralentissement avec la crise de 1873. Le retour à la prospérité, au début des années 1880, entraîne une seconde vague de progrès. L'industrialisation exerce sur le milieu urbain des pressions très fortes. Elles sont d'ailleurs perceptibles au sein du conseil municipal et du bureau de santé qui devient le foyer des oppositions entre les milieux d'affaires et les gens préoccupés par le bien-être.

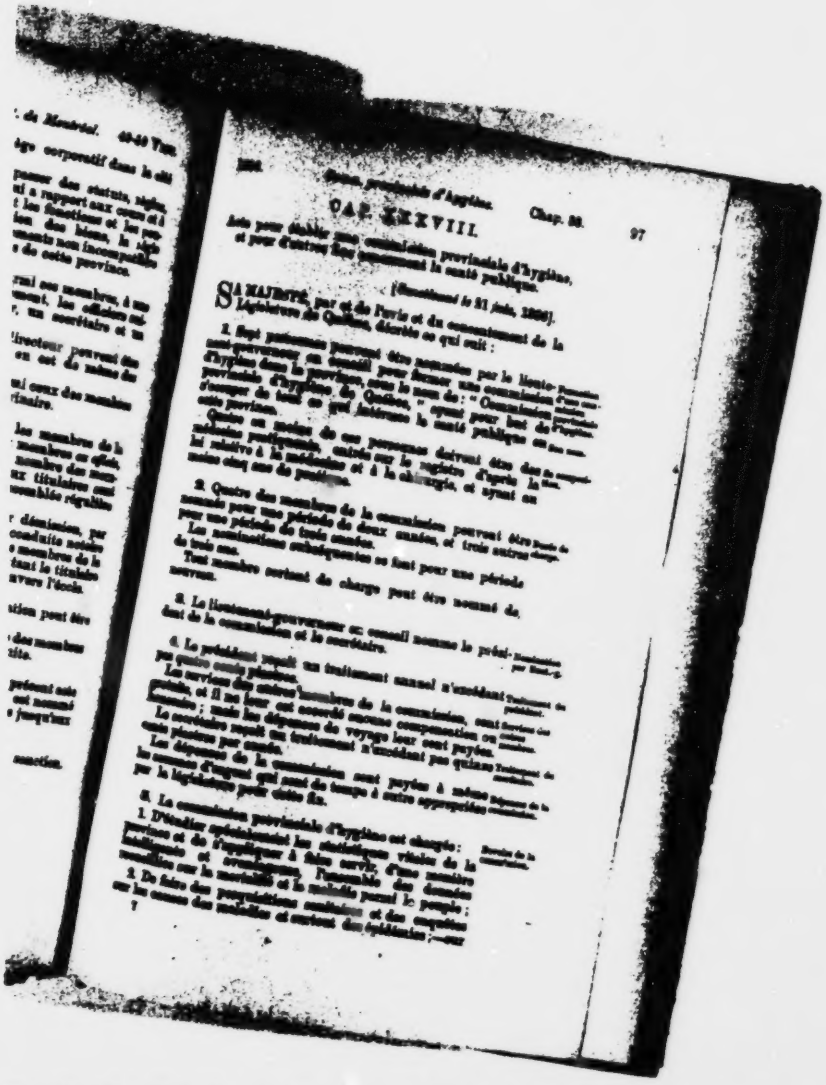
« Le Bureau de santé de la ville de Québec devient le lieu privilégié d'affrontement entre les tenants du capitalisme libéral sauvage qui n'a pas d'argent à dépenser pour des mesures sanitaires (majorité des maires et des conseillers municipaux) et ceux qui croient que l'ordre social est menacé par les conséquences néfastes de l'industrialisation et de l'urbanisation. Le corps médical québécois dans son ensemble croit qu'une politique de santé publique est nécessaire à la reproduction biologique et idéologique de la société et à la préservation du statu quo social. »[1]

Incendie du quartier Saint-Sauveur (Québec) en 1889.
ANQ, Coll. initiale

Les bureaux d'hygiène municipaux

L'imprévoyance des élus alimente une situation malsaine. Les bureaux d'hygiène municipaux répondent aux urgences par une planification à la petite semaine. Les règlements d'hygiène visent surtout à améliorer la salubrité publique c'est-à-dire, le ramassage des carcasses d'animaux morts, des ordures, ou la construction et l'aménagement des fosses d'aisance. On adopte aussi des mesures en vue d'assainir l'eau de consommation par l'installation de systèmes d'aqueduc et d'égoût. La mauvaise qualité de l'eau est enfin reconnue à cette époque comme l'une des principales causes d'épidémies.

L'hygiène et la salubrité publique constituent donc des domaines privilégiés pour les municipalités. Le Code municipal leur attribue la responsabilité de subvenir aux soins des personnes pauvres, des personnes indigentes ou ayant contracté des maladies, de pourvoir au soin de la famille de toute personne ayant péri dans un incendie, d'établir et d'administrer des maisons ou autres établissements d'aumône ou de refuge pour le soulagement des nécessiteux, d'accorder des secours à domicile aux pauvres et d'aider les institutions charitables établies dans la municipalité. Il est aussi du ressort des municipalités d'exempter de taxes les propriétés et les denrées utilisées par les hôpitaux et les institutions charitables.



CHAP. XXXVIII. Chap. 38. 97

Acte pour établir une commission provinciale d'hygiène, et pour d'autres fins concernant la santé publique.

[Sanctionné le 21 juin, 1886].

SA MAJESTÉ, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. Sept personnes peuvent être nommées par la lieute-gouverneur en conseil pour former une commission d'hygiène dans la province, sous le nom de : " Commission provinciale d'hygiène de Québec, " ayant pour but de l'hygiène dans cette province.

Quatre au moins de ces personnes doivent être des médecins praticiens, exilés par la régistre d'après la loi relative à la médecine et à la chirurgie, et ayant au moins cinq ans de pratique.

2. Quatre des membres de la commission peuvent être nommés pour une période de deux années, et trois autres pour une période de trois années.

Les nominations subséquentes se font pour une période de trois ans.

Tout membre sortant de charge peut être nommé de nouveau.

3. Le lieutenant-gouverneur en conseil nomme le président de la commission et le secrétaire.

4. Le président reçoit un traitement annuel n'excédant par quinze cents piastres.

Les services des autres membres de la commission, sont gratuits, et il ne leur est accordé aucune compensation ou émolument ; mais les dépenses de voyage leur sont payées.

Le secrétaire reçoit un traitement n'excédant pas quinze cents piastres par année.

Les dépenses de la commission sont payées à même les sommes d'argent qui sont de temps à autre appropriées par la législature pour cette fin.

5. La commission provinciale d'hygiène est chargée :

1. D'étudier spécialement les statistiques vitales de la province et de s'appliquer à faire servir, d'une manière scientifique et avantageuse, l'immense [illegible] sur la mortalité et la morbidité parmi le peuple ;

2. De faire des propositions motivées et des suggestions sur les causes des maladies et surtout des épidémies ; sur

Première loi d'hygiène publique, sanctionnée le 21 juin 1886.

Ces règlements reconnaissent des droits aux municipalités mais ne les obligent nullement. Elles ne s'en prévaudront pratiquement pas. Sauf Québec et Montréal, la majorité des villes et villages n'ont pas encore de bureau de santé en 1885. L'Église et les institutions de charité privées en général continuent de pourvoir aux besoins des plus démunis. Les sociétés de Saint-Vincent-de-Paul, qui s'occupent des soins à domicile, se développent très rapidement et leur réputation déborde les frontières du Québec. Mais les efforts financiers pour promouvoir la santé restent minimes. Le budget augmente lorsqu'une épidémie survient, puis retombe au montant initial.

Une Église omniprésente

En 1892, la ville de Québec décide de taxer les propriétés de l'hôpital. La supérieure des soeurs de l'Hôtel-Dieu ne manque pas de rappeler alors au maire le rôle que l'hôpital remplit.

« L'Hôtel-Dieu est une institution strictement de charité. Les malades pauvres y reçoivent gratuitement la nourriture, les remèdes, le logement, le vêtement et tous les soins que requiert leur état ; les 7 médecins qui desservent l'hôpital, le jour et la nuit souvent au prix des plus grandes fatigues, donnent aussi leurs soins gratuitement (...) enfin, la communauté de l'Hôtel-Dieu offre aux citoyens de Québec les services gratuits de 80 hospitalières expérimentées qui, jour et nuit, au prix des plus grands sacrifices, prennent soin des malades délaissés de la ville. La communauté n'a jamais été à charge de la ville, au contraire elle a toujours reçu gratuitement ses malades de toutes dénominations, plus de 100 000 dans l'espace de 203 ans. »

Avec une réponse semblable, on comprendra le recul des autorités municipales.

L'épidémie de variole de 1885 et la formation du Conseil d'hygiène de la province de Québec

Une série d'épidémies ravagent le Québec à cette époque. Celle de 1885 présente cependant une particularité : elle ne vient pas de l'extérieur mais origine de Montréal. L'épidémie de variole prendra des proportions alarmantes : 3 259 morts à Montréal et près de 6 000 pour l'ensemble du Québec. Les bureaux de santé municipaux investissent tous leurs fonds dans une campagne intensive de vaccination. Les résultats sont pourtant médiocres. À Montréal, le conseil municipal décrète la vaccination obligatoire, ce qui déclenche l'ire de la population. Une émeute éclate. Les bureaux de santé sont saccagés. Les « médecins vacci-neurs » sont menacés de mort et attaqués. La population demeure largement réfractaire à l'inoculation de vaccins dont l'efficacité reste à prouver.

Devant l'hostilité de la population à Montréal, le maire de Québec, François Langelier, ne rend pas la vaccination obligatoire. Il prend cependant des mesures pour protéger la ville. Les vaccins sont fournis gratuitement. Il nomme des médecins pour surveiller la gare maritime de la compagnie du Richelieu et la gare ferroviaire. Les voyageurs sont obligés de présenter un certificat de vaccination. Cependant, la surveillance est perméable. Au moment de présenter leur certificat, plusieurs s'enfuient. Le maire menace de faire intervenir l'armée et la police si la population ne collabore pas. Bien que les autorités municipales déclarent officiellement 20 victimes, le chiffre ne réflète pas la réalité.

La formation du bureau d'hygiène de la province de Québec

Devant l'ampleur de l'épidémie, le gouvernement provincial forme un bureau central de santé. L'idée n'est pas nouvelle. En 1849, lors de l'épidémie de choléra, le gouvernement du Canada-Uni en avait fait autant. L'article 92 de la constitution de 1867 octroie d'ailleurs aux provinces la responsabilité en matière de santé et de bien-être. On entreprend donc une campagne intensive de vaccination. Les vaccins sont distribués gratuitement aux bureaux de santé locaux, qui doivent les administrer. Des mesures de quarantaine sont mises en application autour de Montréal. La coordination effectuée par le Bureau central de santé porte fruit. L'épidémie est enrayée en décembre 1885.

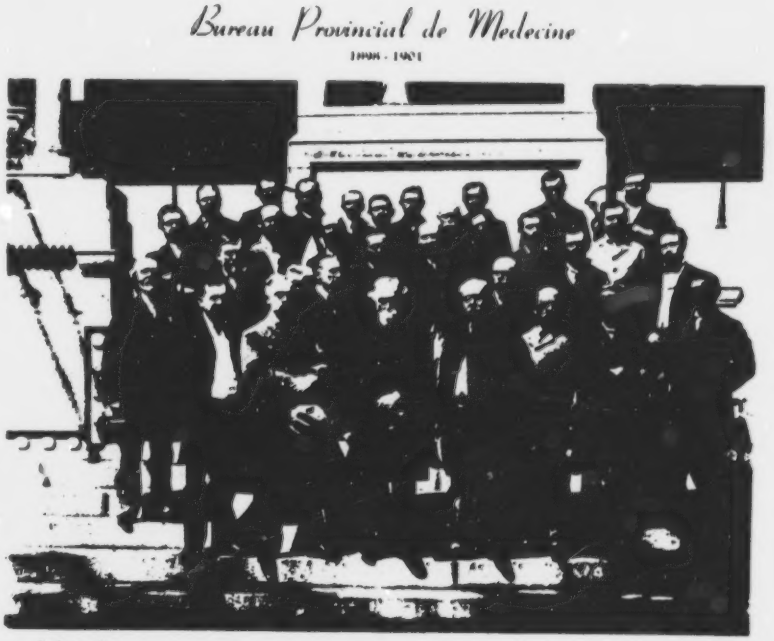
Ce succès, combiné à l'inefficacité notoire des bureaux municipaux, amène le premier ministre J.J. Ross (conservateur) à former, dès octobre 1885, un bureau central de santé permanent. Ce faisant, il s'attire les foudres des autorités municipales et notamment du maire Langelier (libéral) de Québec qui voit dans ce geste une ingérence du gouvernement provincial dans un domaine de juridiction municipale. L'affaire va devant les tribunaux. La juridiction municipale sort gagnante. Le bureau central doit être démantelé. Cependant, le premier ministre Ross persiste dans son idée. Les résultats obtenus par le bureau de santé sont probants ; ils confirment qu'une coordination des bureaux de santé s'impose au niveau provincial. Les médecins exercent des pressions et la presse appuie le mouvement.

Au plus fort de l'industrialisation, la concurrence entre Québec, Montréal et même Toronto est vive. Il suffit de conditions moins favorables pour ternir la réputation d'une ville et ainsi éloigner investisseurs comme marchands et consommateurs. Lorsque survient un cataclysme comme une épidémie, les autorités locales s'empressent d'en atténuer l'ampleur. Tel est le cas pour l'épidémie de 1885 à Québec.

Au moment où l'épidémie éclate, la ville de Québec sort à peine de deux décennies de stagnation économique. Le déclin de l'industrie du bois et de la construction navale vers 1850 freine la croissance économique. Avec la confédération en 1867, Québec perd son statut de capitale nationale. Le départ de l'armée britannique en 1871 enlève à la ville une activité importante. Ces conditions obligent à une redéfinition économique alors que l'industrialisation se poursuit partout au pays. L'industrie de la chaussure, implantée en 1864, s'avère en 1870 l'activité de remplacement à la construction navale et à l'industrie du bois. La crise de 1873 vient cependant mettre un frein au progrès.

La reprise s'amorce au début des années 1880. L'industrie québécoise est en pleine expansion. Cette période marque aussi le début d'une concurrence plus sentie avec Montréal, qui devient le centre industriel du pays.

Dès 1886, le premier ministre Ross fait adopter par la législature provinciale la Loi concernant l'hygiène publique, qui réaffirme la volonté du gouvernement provincial d'intervenir dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publique. La loi annonce la formation prochaine du Conseil d'hygiène de la province de Québec, qui sera mis sur pied l'année suivante. Le Conseil est alors investi des pouvoirs et des devoirs relatifs à l'étude des statistiques démographiques et de l'épidémiologie, à l'établissement des règlements de salubrité, à la prévention des maladies et à la création de bureaux d'hygiène municipaux. Et pour affirmer davantage son autorité, le Conseil provincial obtient en 1888, par amendement à sa loi constitutive, la permission d'obliger les municipalités à se doter d'un bureau de santé permanent. En 1891, 839 municipalités sur 875 auront leur bureau de santé.



Membres du Bureau provincial de médecine, de 1898 à 1901.

L'influence croissante du Conseil d'hygiène de la Province de Québec

L'état sanitaire des villes est déplorable. Lorsqu'il y a menace d'épidémie, l'administration engage parfois des inspecteurs pour les congédier ensuite. En fait, la tâche est confiée aux policiers jusqu'en 1893, qui sont pratiquement incapables de l'assumer. Les inspecteurs qu'on engage n'ont souvent aucune qualification. Ils sont, la plupart du temps, nommés par favoritisme. Ainsi, en 1866, un inspecteur est renvoyé parce qu'il ne sait ni lire ni écrire. Jusqu'en 1890, le bureau de santé de Québec s'occupe surtout de vaccination et de désinfection, sans plus.

Avec la formation du Conseil d'hygiène en 1887, commence une véritable offensive hygiéniste. « [...] la mise en place d'une politique de santé publique à Québec se fera uniquement sous les pressions énergiques du Conseil provincial d'hygiène qui veut mettre de l'avant les bureaux de santé de Québec et Montréal comme modèle à suivre pour les autres villes du Québec en matière de santé publique. »[3] C'est, en effet, sous les pressions du Conseil d'hygiène que la ville de Québec en viendra à adopter une politique cohérente de santé publique et qu'elle se dotera d'un bureau efficace.

Docteur Laurent Catellier. Il pratiqua à l'hôpital de la Marine avant de devenir professeur et doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval. En 1891, il fut nommé médecin de Québec.
Laval Médical, 1967.

La ville de Québec forcée d'emboîter le pas

En 1889, une épidémie de thyphoïde éclate. Le nouveau secrétaire du Conseil d'hygiène, le docteur Elzéar Pelletier intervient. Il dénonce l'attitude du médecin municipal, le docteur Larue, qui ignore la présence de 23 cas de thyphoïde et s'en prend publiquement au manque de responsabilité des autorités de la ville. Le docteur Pelletier qualifie même l'organisation du bureau de santé de Québec de primitive: le bureau n'a pas d'inspecteur et dispose d'un budget ridicule; la réglementation est jugée archaïque et même anti-hygiénique.

En 1891, le docteur Joseph Beaudry remet un rapport sévère. L'état sanitaire de la ville est plus déplorable que jamais. La ville n'a pas encore de service d'enlèvement des déchets ni de système efficace de drainage et d'égoût. On constate un laisser-aller général dans la construction des fosses d'aisance.

Le rapport Beaudry suscite l'indignation du Conseil d'hygiène. Prenant prétexte que le docteur Larue refuse de reconnaître un cas de « picotte », il demande son renvoi. Les autorités municipales ne peuvent qu'obtempérer et nomment le docteur Catellier, médecin responsable de l'hôpital de la Marine, pour le remplacer. Homme d'envergure, le docteur Catellier contribue grandement à la mise sur pied d'un embryon de politique de santé municipale. Grâce à lui, un nouveau règlement sur la propreté, la salubrité et l'hygiène est adopté en 1893. Les 72 articles viennent remplacer le règlement de 1866 relatif à la construction et à l'entretien des fosses d'aisance.

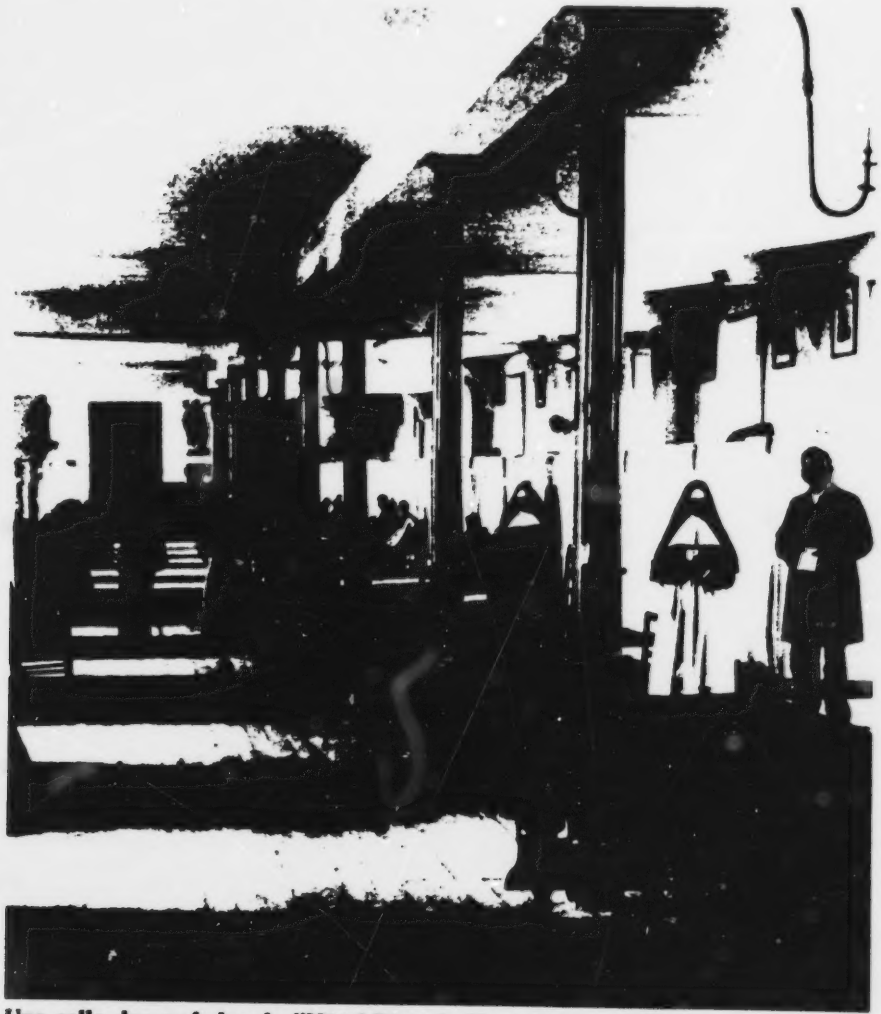
L'intervention provinciale, une nécessité

L'incohérence du bureau de santé de la ville de Québec représente une illustration des problèmes d'organisation qu'éprouvent les municipalités à l'époque. Les quartiers ouvriers sont des lieux de maladie et des milieux qui génèrent la mésadaptation sociale. Leur croissance est anarchique. Aucune réglementation, aucun plan d'urbanisme ne vient contrer une promiscuité socialement malsaine. Les quartiers environnant les manufactures et les usines s'accroissent constamment de nouveaux ouvriers venus des campagnes, qui doivent vivre dans des espaces plus restreints et s'habituer à un environnement pollué. À la manufacture, les heures de travail sont longues, autant pour les adultes que pour les enfants.

L'asile des aliénés de Québec de 1865 à 1893.
Centre hospitalier Robert-Giffard.

La législature adopte une loi, en 1885, pour « protéger la vie et la santé des personnes employées dans les manufactures. » La Loi des manufactures fait suite aux pressions des nouveaux syndicats (Chevaliers du travail, Conseil des métiers et du travail du Canada, syndicats nationaux). Bien qu'elle représente un progrès sur l'ancienne Loi des maîtres et apprentis, elle ne résoud pas tous les problèmes. Il faudra attendre la Loi des accidents du travail en 1909 pour voir une amélioration des conditions dans les usines.

Aux prises avec des problèmes de croissance industrielle nombreux qui affectent la santé publique, les municipalités appliquent une politique de courte vue. Les administrations municipales s'en tiennent trop souvent à régler les urgences. Le Conseil d'hygiène jouera un rôle prépondérant. Les actions municipales s'aligneront progressivement sur les politiques défendues par le Conseil dans le Journal d'hygiène populaire *publié à partir de 1887, remplacé par le* Bulletin sanitaire, *en 1897.*



Une salle des malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal vers 1890.
ARSHJ-Montréal

Les préoccupations du Conseil d'hygiène de la province de Québec

Le Conseil d'hygiène mène à partir du début de XX^e^ siècle une offensive hygiéniste systématique en vue de combattre les problèmes majeurs de l'époque: les maladies infectieuses comme la tuberculose et la grippe espagnole en 1918, la recrudescence des maladies vénériennes avec la fin de la guerre 1914-1918 et, surtout, la mortalité infantile.

La Première guerre mondiale oblige à centraliser toutes les mesures sanitaires au sein du Conseil d'hygiène. Ainsi, dès 1915, tout le secteur de l'intervention d'urgence est intégré à un service général et permanent. Le retour des armées et le va-et-vient des immigrants en 1918 favorisent la propagation d'un autre fléau, la grippe espagnole. Les autorités réagissent en encourageant la construction d'hôpitaux spécialisés dans le traitement des maladies infectieuses. Enfin, après la guerre, le Conseil d'hygiène inaugure un programme structuré de soin des maladies vénériennes.

Huttes d'Amérindiens à Murray Bay (La Malbaie, Charlevoix) au début du siècle.
ANQ Fond Livernois

La mortalité infantile

Vers 1890, chaque été, plus de 500 enfants de moins d'un an meurent de la diarrhée. Cette situation est attribuable à la mauvaise qualité de l'eau et du lait. À cette époque, l'eau des municipalités n'est pas traitée. La prise d'eau de certaines villes est située à quelques pieds de la décharge des égoûts. On tente d'endiguer les problèmes les plus criants en réglementant l'écoulement des eaux d'égoûts et l'aménagement des fosses d'aisance. Comme il n'y pas assez d'inspecteurs, les règlements ne sont pas observés.

La « bataille du lait » menée au niveau provincial par le Conseil d'hygiène aura des répercussions au niveau municipal. À Québec, on adopte les premières réglementations sur la distribution et la vente du lait en 1893. En 1894, un inspecteur du lait est nommé. La même année, l'adoption d'un règlement plus sévère permet de généraliser chez les laitiers l'utilisation des bidons étanches. Dès 1899, les autorités envisagent l'inoculation des vaches avec la « tuberculine ». Cette mesure ne devient obligatoire qu'en 1907. Malgré la création d'une étable municipale à la même époque, il demeure difficile de contrôler la santé des vaches ainsi que la qualité du lait. Souvent, de faux certificats de vaccination sont émis. Sous l'initiative du docteur Paquin, on met sur pied un service de pasteurisation du lait en 1917 et l'on adopte une réglementation plus sévère. Le lait pasteurisé est même distribué gratuitement. Mais les traditions sont tenaces et les laitiers indépendants restent souvent hostiles à la pasteurisation. Bien qu'en 1920 la plupart des laiteries soient dotées de pasteurisateurs, encore la moitié du lait vendu dans la région de Québec en 1929 n'est pas pasteurisé.

Les campagnes intensives du Conseil provincial d'hygiène contre la mortalité infantile entreprises depuis le début du siècle (en 1912, par exemple, on consacre une importante exposition au bien-être de l'enfance à Montréal) commencent à porter fruit, du moins dans les villes. En 1915, après une longue querelle avec le Comité de l'instruction publique, le Conseil d'hygiène obtient pour les bureaux de santé le droit de faire des inspections dans les écoles afin de contrôler l'application du programme de vaccination obligatoire.

La lutte contre la tuberculose

Le Conseil d'hygiène joue un rôle de premier plan dans la lutte contre la tuberculose. Grâce à lui, des campagnes systématiques de vaccination sont entreprises vers la fin du XIX^e^ siècle. Le Conseil peut compter sur l'appui de l'Institut vaccinogène, fondé en 1886, du Laboratoire provincial de bactériologie, inauguré à Montréal en 1894, et du Laboratoire du docteur Rutton, fondé en 1897.

En 1909, la Commission royale d'enquête sur la tuberculose incite le Conseil d'hygiène à former une division des inspecteurs sanitaires et à créer le Service du génie sanitaire. La province est divisée en dix districts dès l'année suivante. La centralisation de toutes les mesures d'hygiène au sein du Conseil en 1915 permettra de généraliser la vaccination.

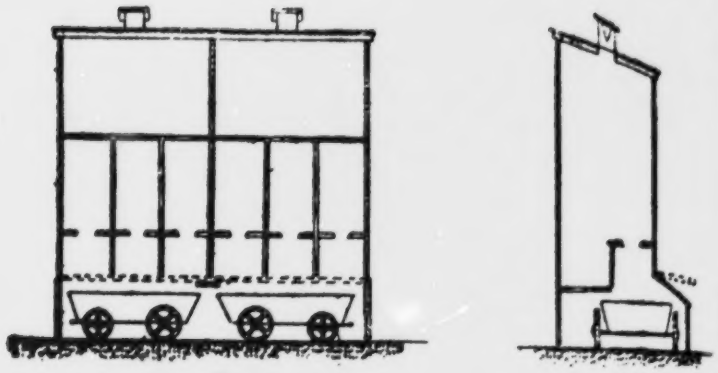


Fig. 9.—Latrines (grand modèle) à réservoir étanche placé au-dessus du sol pour l'usage des pensionnats, maisons d'écoles et autres établissements semblables. Ces latrines sont vidées chaque jour et on y jette de la terre si les élèves ont négligé de le faire (Richard).

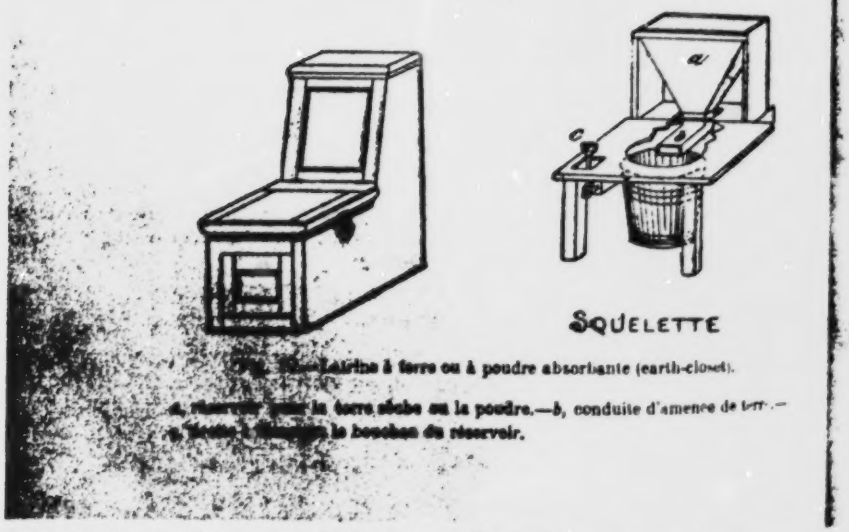
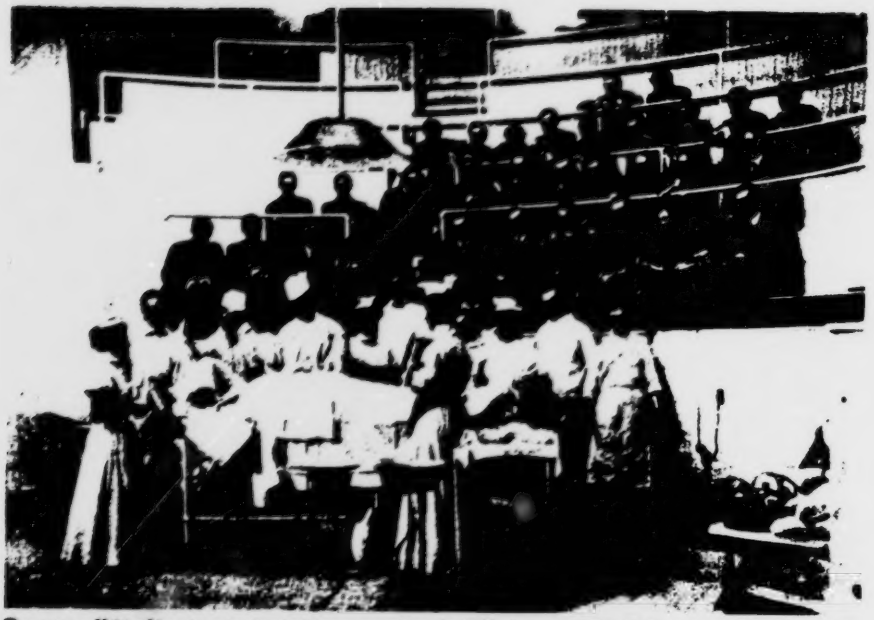


Fig. [illegible]—Latrine à terre ou à poudre absorbante (earth-closet).

a, réservoir pour la terre sèche ou la poudre.—b, conduite d'amenée de terre.—c, levier à manivelle pour le bouchon du réservoir.

Plans de fosses d'aisance publiés dans le Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec de 1895.

Au niveau municipal, l'offensive du Conseil d'hygiène porte fruit. À Québec, par exemple, la ville finance la construction de l'hôpital civique, en 1915, qui remplace l'ancien hôpital municipal construit en 1891. L'hôpital du chemin de la Canardière accueille des tuberculeux jusqu'en 1918, moment où l'on inaugure l'hôpital Laval de Sainte-Foy et le Sanatorium du Lac Édouard. Malgré l'effort financier de la ville, les initiatives viennent surtout de l'Association anti-tuberculose de Québec, à l'époque l'organisme le plus dynamique dans la promotion de l'hygiène publique.



Groupe d'étudiants en troisième année de l'Université McGill à la salle d'opération de l'Hôpital général de Montréal en 1903.
Archives de l'Université McGill.

L'épidémie de grippe espagnole (1918) et le traitement des maladies vénériennes

La Première guerre mondiale regroupe les conditions propices à la propagation d'épidémies. Avec le retour des armées, des soldats malades et l'arrivée d'immigrants, la grippe espagnole envahit l'Amérique et l'Europe. L'épidémie de 1918 prend l'aspect d'une catastrophe tout aussi importante que l'épidémie de variole de 1885. Elle fait 3 500 morts à Montréal et 500 à Québec.

Le soin des maladies vénériennes devient une priorité pour le Conseil d'hygiène. La Faculté de médecine de l'Université Laval ouvre un dispensaire. Mais des progrès réels seront enregistrés vers 1920, au moment où l'on crée la Division des maladies vénériennes au sein du Conseil d'hygiène. Deux laboratoires sont inaugurés à la même époque, l'un à Montréal, l'autre à Québec.

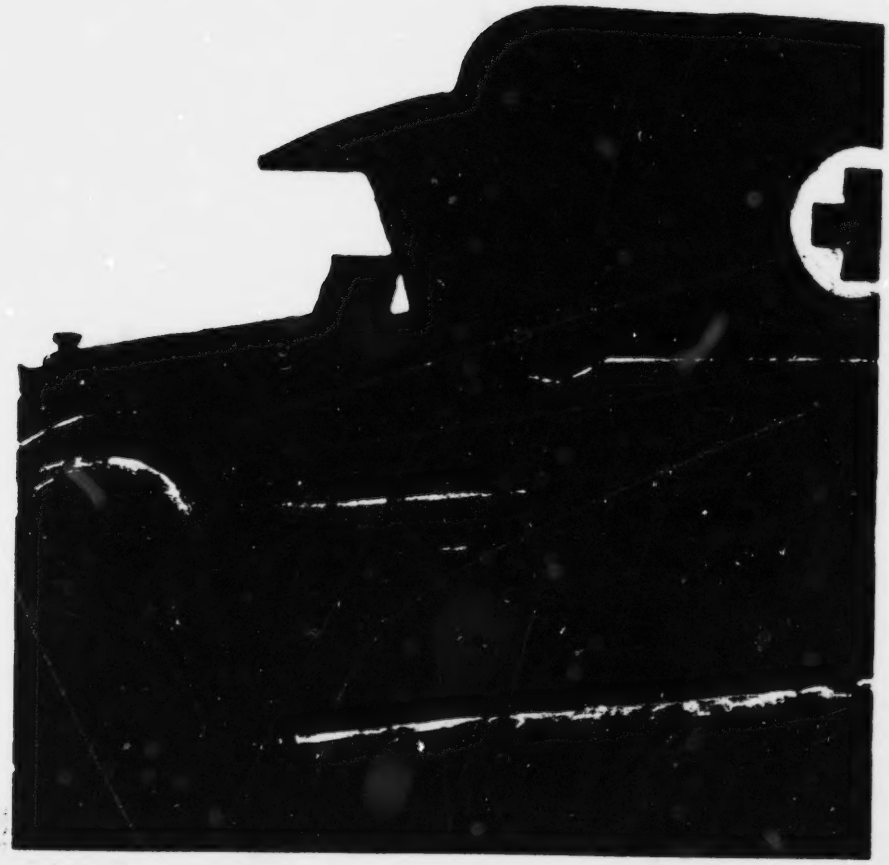
Ambulance à la porte de l'Hôtel-Dieu de Montréal vers 1904.
ARHSJ-Montréal

---

1 Claudine Pierre-Deschênes, Santé publique et organisation de la profession médicale, RHAF, pp. 355-376.
2 Cité dans G. Poulin, L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951, Annexe II du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, p. 71.
3 Réjean Lemoine, La santé publique, Cahier d'histoire, n° 35, p. 154.

2

Le Service provincial d'hygiène et les unités sanitaires: la naissance de l'assistance publique et le début de la médecine préventive (1918-1930)



La Première guerre mondiale favorise l'urbanisation et l'industrialisation du Québec. Elle amplifie aussi les problèmes d'indigence. Les institutions d'assistance ne suffisent plus à répondre à la demande. Elles s'endettent toujours davantage auprès du gouvernement provincial. L'épidémie de grippe espagnole de 1918 et l'urgence d'enrayer les maladies vénériennes viennent compliquer une situation financière déjà très précaire. Les municipalités, de qui relèvent encore les institutions de soins et d'assistance, sont aux prises avec des problèmes urgents pour lesquels elles ne disposent pas de ressources suffisantes. Souvent, elles ne peuvent même plus assumer les coûts d'hospitalisation des indigents de leur territoire.

Devant l'endettement des institutions d'assistance, le gouvernement québécois, dirigé par Taschereau, fait adopter en 1920 la Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province. Cette loi autorise les institutions à refuser les malades n'ayant pas obtenu, de leur municipalité d'appartenance, la reconnaissance du statut d'indigent. Les communautés religieuses, propriétaires des hôpitaux, continuent pourtant d'accueillir les malades indigents sans distinction.

L'échec de la loi oblige le gouvernement du Québec à voter, l'année suivante, la Loi de l'assistance publique, qui établit un mode de financement tripartite (municipalité, gouvernement provincial, institution) où chacune des parties doit assumer un tiers des dépenses. Ce mode de financement éveille les inquiétudes de l'Église et soulève l'indignation de l'élite libérale qui craint la mainmise de l'État sur les institutions privées.

L'amendement de 1924 vient confirmer que l'assistance relève de la charité privée. Par contre, en finançant un tiers des dépenses des institutions, l'État provincial s'assure une certaine forme de contrôle.

L'intervention gouvernementale devient plus tangible à partir de 1922, quand le Service provincial d'hygiène remplace le Conseil d'hygiène, qui n'avait alors qu'un pouvoir consultatif auprès du gouvernement. Le Service provincial d'hygiène continue l'oeuvre de promotion de l'hygiène publique amorcée antérieurement, mais s'occupe aussi d'administrer la Loi de l'assistance publique. Les taux d'assistance établis par le gouvernement feront l'objet de nombreuses critiques de la part des institutions de charité et d'assistance. Le Service provincial d'hygiène lancera la première campagne contre la tuberculose et les maladies infantiles. Il s'efforcera de combattre les maladies infectieuses par la construction de cliniques et l'assainissement des eaux. Enfin, avec la création des unités sanitaires, le Québec innove en matière d'hygiène publique.

Le Service provincial d'hygiène et les unités sanitaires : la naissance de l'assistance publique et le début de la médecine préventive (1918-1930)

L'après-guerre : industrialisation accélérée et mésadaptation sociale

La Première guerre mondiale provoque la destruction en Europe. En Amérique, elle amène la prospérité. L'industrialisation, déjà bien amorcée dans les années 1880, connaît un nouveau départ avec la guerre. Les usines se multiplient, le nombre de travailleurs augmente.

Le travail à l'usine constitue une brisure avec le cadre de vie traditionnel. La révolution industrielle amène une mutation des structures sociales. Les coutumes familiales et le cadre paroissial ne peuvent survivre en milieu urbain sans subir de profondes modifications. La famille, traditionnellement l'unité économique de production et de consommation, éclate dans un mode de production industriel où le travailleur devient salarié. Simple exécutant, l'ouvrier perd la propriété de ses moyens de production. La paroisse urbaine ne possède pas de cadre précis qui lui permettrait de répondre aux nouveaux besoins. La ville représente un obstacle sérieux au fonctionnement traditionnel de la famille rurale.

Il revient dorénavant à la société d'assumer certaines responsabilités : l'éducation, la santé, l'assistance et le bien-être. L'Église joue ici un rôle primordial. Elle s'introduit dans les nouveaux quartiers ouvriers et s'efforce de rejoindre les paroissiens confrontés au pluralisme des cultes comme des ethnies. La charité privée devient une forme de solidarité de remplacement fondamentale pour le maintien de la cohésion sociale. Cependant, cette charité peut de moins en moins répondre adéquatement aux besoins croissants d'assistance. Les pouvoirs municipaux doivent assumer des responsabilités accrues qu'un électorat urbain de plus en plus important les oblige à prendre.

Scène d'hiver en milieu urbain au début du XX^e^ siècle.
ANQ Fond Würtele

La crise de la charité privée

Les problèmes d'assistance engendrés par cette deuxième vague d'industrialisation mettent en péril l'équilibre déjà précaire des institutions de soins et d'entraide. Le système des subventions partielles aux hôpitaux est dépassé. Il ne permet pas d'aider suffisamment certains malades comme les tuberculeux ou encore de soulager les problèmes sociaux engendrés par la baisse de l'entraide familiale en milieu urbain (vieillesse, maladie, chômage). Les institutions d'assistance traversent une crise financière grave.

Malgré l'ampleur des problèmes d'indigence, les gouvernements comptent surtout sur la charité privée. Cependant, les problèmes de l'après-guerre ne sont pas que financiers : familles sans chef, soldats démobilisés qui ont de la difficulté à réintégrer le marché du travail, malades et les infirmes qui acceptent mal leur état, mariages hâtés pour éviter la conscription, immigration urbaine. Toutes ces situations créent des besoins. Les sociétés d'entraide anglo-

phones offrent aux familles de soldats un supplément de salaire. Du côté francophone, les institutions religieuses envisagent de recruter des bénévoles laïcs. Monseigneur Bruchési, évêque de Montréal, demande aux sociétés Saint-Vincent-de-Paul d'accroître leur aide à domicile. Malgré tout, les problèmes seront toujours plus nombreux. La croissance des besoins incite les responsables à chercher des solutions nouvelles.

Défricheurs du Nord-Ouest québécois au début du XX^e siècle.
ANQ Fond Livernois

Pour les organismes de charité, la coordination des efforts devient nécessaire afin d'éviter le gaspillage d'argent et d'énergie. Cette évidence encourage la formation des conseils d'études, des fichiers centraux, d'organismes de coordination et permet de constituer des fonds communs pour les oeuvres. En 1917, naît la Federation of Jewish Philanthrope. *En 1922, on inaugure à Québec le Secrétariat des familles. La même année, la* Welfare Federation *voit le jour. Ces organismes sont inspirés des* Charity Organization Societies, *d'Angleterre et des États-Unis. Contrairement aux agences francophones qui peuvent compter sur l'aide des communautés religieuses, les agences sociales anglophones emploient un personnel laïc chapeauté par un conseil d'administration composé de bénévoles.*

Les Canadiens français mettent un certain temps à coordonner la cueillette des fonds. La Fédération des oeuvres sociales de santé, qui finance des camps d'été, remporte un succès mitigé lors de sa création en 1927. Elle devient la Fédération des oeuvres d'hygiène infantile en 1929, mais l'accueil n'est pas meilleur. La population accepte difficilement de contribuer à des oeuvres qui n'émergent pas directement des paroisses. En 1932, la Fédération adopte un nouveau nom: Fédération des oeuvres de charité canadiennes-françaises. Mais la lutte entre les paroisses et les organismes centraux est toujours aussi vive. Le succès ne sera finalement possible qu'au moment où la cueillette des fonds sera prise en charge par des organismes de charité locaux implantés dans chaque paroisse.

Les municipalités n'assument plus leurs responsabilités

Les municipalités, à qui incombe la tâche de déterminer l'indigence, se dérobent à leurs responsabilités. Elles refusent fréquemment d'appliquer le critère de résidence de six mois défini dans la Loi de l'assistance publique.

Scène de vie rurale, vers 1930.
ANQ Fond Livernois.

En milieu urbain, les bureaux de santé tentent de répondre aux problèmes les plus criants d'hygiène, à l'usine comme dans les quartiers. Cependant, malgré la nomination d'officiers de santé et de médecins, les bureaux demeurent des lieux propices au favoritisme et l'objet de partisanerie. À Québec, en 1926, le Soleil dénonce toujours le Service de santé. Il est dominé par des ex-échevins qui cherchent trop souvent leur profit au détriment de la santé publique. Depuis la mise sur pied du Conseil provincial d'hygiène en 1887 et la prise en charge des bureaux de santé, les municipalités urbaines concentrent de plus en plus leurs actions à appliquer localement des décisions prises à un niveau administratif supérieur. La planification entraîne une redistribution des rôles, ce qui a pour conséquence de soumettre l'autorité municipale à une centralisation accrue. En contrepartie, les traditions d'assistance viennent atténuer le rôle de l'État. Mais, dès cette époque, il devient évident que les institutions traditionnelles d'assistance et de santé ne peuvent répondre seules aux besoins croissants et aux coûts élevés d'un personnel laïc de plus en plus nombreux.

Louis Dupire, du journal Le Devoir, *exprime bien la mentalité de l'époque : « Il faut qu'elle (la charité publique) vienne en aide à la charité privée, que des institutions urgentes soient fondées, qu'elle fournisse le capital[...] Seules en ce moment de désarroi, les autorités municipales et provinciales peuvent prendre l'initiative de ces institutions pour les confier, bien entendu, à l'administration des particuliers qui, on le sait, coûte infiniment moins cher que celle de l'État. »*[1]

L'intervention fédérale

Le Québec, tout comme l'Ontario, légifère afin de remédier aux problèmes les plus cruciaux d'hygiène et d'assistance et de combler les failles de l'assistance traditionnelle. Cependant, l'intervention du gouvernement fédéral devient nécessaire devant l'inaction de la plupart des provinces.

En 1919, le ministère fédéral de la Santé est créé. C'est la conséquence des efforts de coordination menés par le fédéral durant la Première guerre mondiale. Le Ministère s'occupe de toutes les questions de santé relevant traditionnellement du fédéral, c'est-à-dire la quarantaine, l'inspection des immigrants, la pollution des eaux limitrophes, certains hôpitaux. Il s'efforce de susciter la collaboration entre les responsables provinciaux et ceux du Dominion.

Les ambulances et fourgons funéraires Fortier à Lévis au début du XX^e siècle.
ANQ Coll. Initiale

Perçues d'abord comme mesures extraordinaires, les interventions fédérales se font de manière indirecte, par le biais de subventions versées aux municipalités. Les esprits encore échauffés par le souvenir récent de la conscription n'auraient pas permis une intervention directe du fédéral dans le domaine de l'assistance. En 1922, lors du versement des octrois gouvernementaux aux municipalités, libéraux comme conservateurs affirment que l'action fédérale est exceptionnelle. On peut lire dans le décret du 25 janvier 1922 que: « Le ministre se rallie à l'opinion que les secours de chômage sont par essence du ressort municipal et provincial; que les conditions économiques et industrielles anormales qui existent actuellement et qui résultent en partie de la dernière guerre justifient seules cette initiative des autorités fédérales. »[2]

Mais bientôt s'ajoute un nouveau type de subsides: la subvention conditionnelle. Le gouvernement fédéral offre aux provinces de partager les coûts d'une mesure sociale particulière qu'elles ne pourraient se payer autrement. Cette formule présente cependant des inconvénients dont, entre autres, celui de rendre les provinces encore plus dépendantes du gouvernement fédéral: « Le fait qu'une subvention pouvait être obtenue fréquemment encourageait les provinces à créer des services qu'elles ne pouvaient assumer qu'avec difficulté après que cette subvention fut supprimée. »[3] Mentionnons cependant que les mesures pouvant donner lieu à un partage des coûts sont limitées, que les problèmes administratifs rendent cette formule déficiente et que les subventions n'atténuent pas les disparités régionales.

Dispensaire du Montreal Maternity Hospital vers 1925.
Archives Notman

La loi de 1920 entraîne la loi de 1921

Le gouvernement Taschereau adopte en 1920 la Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province. D'après cette loi, les institutions privées de santé et de bien-être ont le droit de refuser l'hospitalisation d'un indigent à moins que la municipalité où réside le malade ne s'engage à prendre en charge les frais d'hospitalisation. Plus encore, la municipalité n'est pas responsable des frais pour plus de quarante jours d'hospitalisation d'un malade, à moins qu'un nouveau consentement ne soit donné par le conseil municipal. Cette loi vise en fait, malgré son libellé plutôt punitif, à restreindre l'admission des malades indigents incapables de payer leur séjour à l'hôpital. Les religieuses responsables des hôpitaux continuent cependant d'accueillir, par esprit de charité chrétienne, les malades et les indigents, même s'ils n'ont pas reçu la garantie de remboursement de leur municipalité. Comme les municipalités n'ont pas les moyens de répondre à cette obligation, elles refusent souvent de payer les coûts d'hospitalisation. La situation financière des hôpitaux et des institutions d'assistance publique se détériore davantage notamment à cause de l'accroissement du personnel laïc, rendu nécessaire avec le développement des techniques et des professions de la santé. Une nouvelle loi s'impose pour corriger les problèmes engendrés par celle de 1920.

La Loi de l'assistance publique du Québec (1921)

La Loi de l'assistance publique est l'une des plus importantes pièces législatives du Québec. Adoptée en septembre 1921, elle ne subira que de légères modifications par la suite.

La Loi de l'assistance publique, bien que fort improprement nommée, confirme l'intervention de l'État dans le domaine de l'assistance privée. Elle facilite l'hospitalisation des indigents et leur entretien. Elle prévoit la création d'un service d'assistance publique. Elle propose une formule de financement tripartite: le gouvernement provincial acquitte le tiers des frais d'hospitalisation et d'entretien des indigents recueillis dans les institutions d'assistance publique; la municipalité de résidence des indigents s'acquitte d'un autre tiers; l'institution d'accueil verse le dernier tiers, généralement sous la forme de services.

La Loi de l'assistance publique signifie la fin du système des subventions maintenu depuis le Régime français et sa substitution par un mode statutaire de financement. La formule s'appuie sur une taxe nommée « le sous du pauvre » perçue par le gouvernement municipal. La moitié des revenus doivent cependant être remis à la province. Les institutions de charité continuent de recueillir les dons privés qui leur fournissent le tiers manquant et leur permettent d'assumer les frais d'administration découlant de l'application de la loi. Ce mode de financement rallie à la fois les traditionnalistes, soucieux de garder les institutions d'assistance entre des mains privées, et les fervents de la prise en charge par l'État. La formule s'inspire du modèle ontarien: dès 1874, c'est-à-dire depuis l'adoption du Charity Aid Act, les agences privées d'assistance sont financées sur la base d'un prix de journée.

Activités dirigées pour jeunes déficientes mentales à l'école de la Jemmerais en 1929 (Québec).
Archives du Centre hospitalier Robert-Giffard.

Le concept d'indigent

La Loi de 1921 respecte les traditions. Elle réaffirme le statut privé de l'assistance, tout en reconnaissant à l'indigence un caractère public. Elle limite l'aide aux « indigents hospitalisés ». Cette restriction est conforme à la mentalité traditionnelle. On conçoit difficilement, à l'époque, qu'un indigent valide ne puisse se trouver du travail. Seul l'indigent malade, inapte au travail pour cause de maladie ou de vieillesse, peut réclamer l'assistance publique s'il ne trouve pas dans son milieu les appuis désirés. Le texte de loi reflète bien cette mentalité. L'indigent est défini comme: « toute personne hospitalisée ou recueillie dans tout établissement reconnu d'assistance publique par le lieutenant-gouverneur en conseil et dans tout hospice, hôpital, crèche, sanatorium, refuge, institution de charité publique qui ne peut subvenir ni directement, ni indirectement, à son entretien d'une façon temporaire ou définitive, par elle-même ou par des personnes tenues de lui fournir des aliments ou des soins ».[4]

Le reflet de la pensée de l'Église

La conception de l'assistance définie par la loi de 1921 se distingue des perspectives défendues dans les autres provinces à l'époque. Elle exalte la responsabilité privée, tant celle de la famille que celle des paroisses et des groupes confessionnels. Elle reflète en fait la pensée sociale de l'Église énoncée par Pie XI dans Quadragesimo Anno: « Ce que les particuliers peuvent faire par eux-mêmes et par leurs propres moyens ne doit pas leur être enlevé et transféré à la communauté; principe qui vaut également pour les groupements plus petits et d'un ordre inférieur par rapport aux plus grands et d'un ordre élevé. Car toute activité sociale est de nature subsidiaire; elle doit servir de soutien aux membres du corps social et ne jamais les détruire ou les absorber. »

L'EPIDEMIE

qui sévit dans le moment frappe impitoyablement a droite et à gauche.

Québec et les environs ont été des plus éprouvés.

Nous avons cru bon sous les circonstances de faire une VENTE de NOIR a bon marché pour les familles en deuil.

$1.39 . $2.25

$2.95

$3.50

98c $2.59

98c

$25.95

Le Modèle

J.C.GIGUÈRE

225 rue St-Jean

Des commerçants s'adaptent à toutes les situations...

Les autorités politiques de l'époque partagent cette perspective, du moins officiellement. Louis-Alexandre Taschereau déclare « qu'il n'est nullement question d'une mainmise de l'État sur nos institutions d'assistance publique. La charité fait des merveilles qu'aucun gouvernement ne pourrait accomplir et il convient de lui laisser toute son initiative. Nous voulons simplement aider le plus possible nos hôpitaux et toutes nos oeuvres d'assistance. »[5]

Malgré les assurances données par le chef du gouvernement québécois, l'épiscopat hésite et va jusqu'à demander des modifications à la loi avant d'accorder son consentement. Taschereau doit rassurer Monseigneur Bégin sur ses intentions. Il écrit : « L'assistance publique est une question à la fois sociale et religieuse ; religieuse surtout pour les catholiques, puisque pour ce qui est de nos co-religionnaires, elle est presque entièrement laissée entre les mains des communautés religieuses. »[6]

Un corridor de l'asile de Longue-Pointe en 1911.
Archives Notman

Le projet reçoit finalement l'assentiment de l'épiscopat. Cependant, les craintes demeurent. Ce n'est qu'à l'invitation expresse des évêques que les congrégations religieuses décident de s'enregistrer et de demander le statut d'institution d'assistance publique.

En effet, beaucoup d'institutions attendront plusieurs années avant de se prévaloir des avantages offerts par la loi. On dénonce l'arbitraire qui prévaut dans la manière de fixer les taux d'assistance. Plus encore, l'institution devient financièrement dépendante du bon vouloir municipal de qui relève l'administration et la reconnaissance des indigents. Sur les 165 institutions d'assistance existantes en 1921, seulement 7 demandent le statut d'institution d'assistance publique.

Un modus vivendi *Église-État*

L'idée d'une prise en charge de l'assistance par l'État commence à s'imposer. Mais elle est encore rejetée par les penseurs les plus influents. De 1918 à 1960, la méfiance envers l'État sera un thème répandu chez les groupes dominants. Ce comportement reflète un attachement puissant aux traditions et aux pratiques anciennes ainsi qu'une survalorisation de l'assistance privée. Telle est l'attitude, par exemple, du directeur du journal Le Devoir, *Henri Bourassa, en 1921. Pour lui, comme pour plusieurs penseurs libéraux, la loi de 1921 cherche à donner à la Province un monopole sur l'ensemble des institutions d'assistance publique. Elle représente la mise en tutelle des oeuvres privées et une menace à la charité libre:*

« L'objectif manifesté (sic) de la Loi de l'assistance publique est de mettre sous la direction suprême et la tutelle effective de l'État toutes les oeuvres de bienfaisance de la province. C'est un pas décisif, et même une formidable enjambée, dans la voie pleine de fonderies où la plupart des gouvernements se pressent et se bousculent depuis la guerre surtout: la voie qui génère du socialisme d'État plus détestable que partout ailleurs en tout ce qui tient à l'ordre moral, à la famille, à la religion. Et c'est préalablement à ces trois assises fondamentales de la société que cette loi s'attaque. »[7]

Les premières infirmières de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à Québec.
Archives de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

L'influence d'Henri Bourassa est certaine. Malgré les recommandations positives des évêques, beaucoup d'institutions attendront encore. L'attachement aux traditions et aux pratiques d'assistance privée sera perceptible dans les différents rapports des commissions royales d'enquêtes nommées pour étudier les conséquences de la mise en vigueur de certains programmes sociaux et ce, jusqu'à la fin des années cinquante.

Salle des bébés à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, vers 1925.
Archives de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Ironiquement, c'est Monseigneur Pelletier, supérieur du Séminaire de Québec et recteur de l'Université Laval, qui met fin aux attaques d'Henri Bourassa. Il affirme que l'État ne fait qu'assumer une fonction normale en assistant les oeuvres privées. Son attitude est autrement moins excessive que celle de Monseigneur Labrecque qui proclamait, au moment de l'adoption de la Loi: « Pour pénétrer ici, des inspecteurs de l'assistance publique devront me passer sur le corps. »[8] Avec l'amendement consenti en 1924, qui confirme l'autorité de l'Église, mais aussi grâce au support de l'élite, l'Église et l'État signent un modus vivendi *qui se perpétuera jusqu'à la Révolution tranquille.*

Si Henri Bourassa voyait, bien à tort, dans la loi de 1921 une mainmise de l'État et une tutelle effective sur toutes les oeuvres de charité, il se fait clairvoyant quand il dénonce le concept étroit de « l'institution » comme étant la seule forme valable d'assistance publique. Il affirme en 1921 : « Si dans l'exercice de la charité libre on se préoccupait davantage de venir en aide à la famille sans la désorganiser; si on s'appliquait davantage à faciliter le soin à domicile des malades et des infirmes, la garde des vieillards au foyer, l'adoption des orphelins, on ferait meilleure besogne sociale qu'en invitant les familles par les industries de la charité publique ou privée, à se débarrasser de leurs membres souffrants. »[9]

Le mode de financement tripartite, inscrit dans la Loi de l'assistance publique, ne résoud pas les problèmes des municipalités. L'élévation des taux quotidiens d'assistance, entre autres, favorise l'augmentation des charges municipales. La détermination discrétionnaire de ces taux par la Province cause plusieurs embarras. Ainsi, toutes les municipalités voient leurs dépenses d'assistance s'accroître notamment pour l'assistance à domicile, secteur qui n'est pas subventionné.

Malgré la loi de 1921, des incohérences persistent au niveau municipal. La présentation des cas d'indigence aux séances du conseil municipal entraîne un dépréciation sociale et constitue même, pour certains, une atteinte à la réputation. L'application de la règle du domicile retarde l'assistance et a bien souvent pour conséquence de retenir dans une localité les indigents assistés, ce qui accroît indûment les charges. La taxe sur les divertissements qui sert à financer les institutions d'assistance est mal répartie entre les municipalités et s'applique souvent de façon aléatoire. L'impôt foncier permet difficilement de financer les dépenses d'assistance publique, surtout dans les municipalités urbaines où la propriété est déjà lourdement taxée.

Le Bulletin sanitaire, publié par le Conseil d'hygiène de la province de Québec. *Bibliothèque de l'Assemblée nationale.*

Le Service provincial d'hygiène remplace le Conseil d'hygiène de la province de Québec

Alors que la loi de 1921 prévoyait la formation d'un Service d'assistance publique, on crée plutôt le Service provincial d'hygiène en 1922. Il ne s'agit pas là seulement d'un changement sémantique. C'est plutôt le résultat des concessions faites à l'Église.

Le Service provincial d'hygiène forme une division au sein du secrétariat provincial, ce qui représente un avantage administratif certain.

Dès 1922, on mène une campagne pour combattre la tuberculose et les maladies infantiles. La même année, huit cliniques pour le traitement des maladies vénériennes sont inaugurées et vingt municipalités construisent des systèmes de filtration ou mettent en place des équipements de clarification des eaux.

Les unités sanitaires et le début de la médecine préventive (1926-1933)

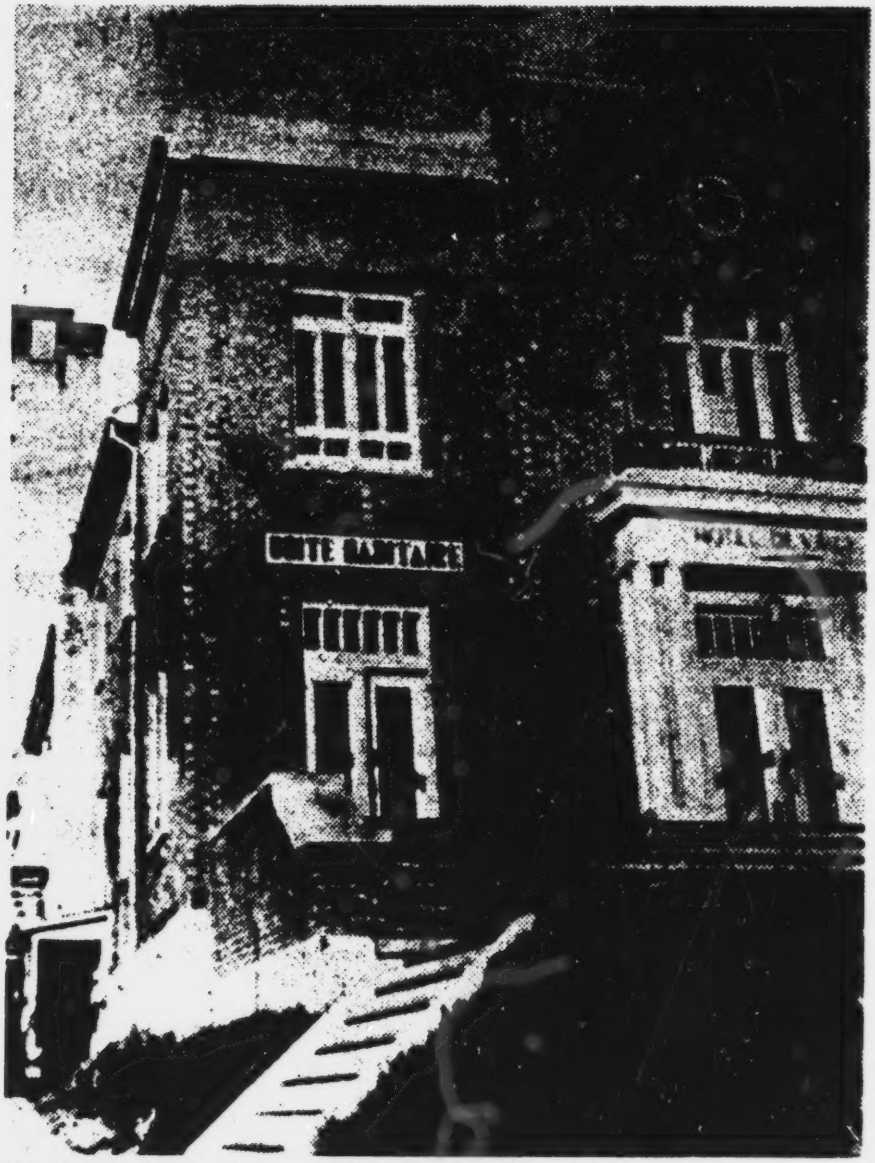
À la fin du XIX^e^ siècle, le taux de mortalité infantile au Québec demeure l'un des plus élevés en Occident. Avec le tournant du siècle, les autorités mettent l'accent sur la lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires. A partir de la Première guerre mondiale, le Conseil d'hygiène s'intéresse aussi au traitement des maladies vénériennes. Des efforts accrus sont faits pour combattre la tuberculose.

Jusqu'alors, les campagnes hygiénistes du Conseil d'hygiène se limitaient à enrayer les maux les plus aigus. Le Bulletin sanitaire *se voulait un moyen d'éducation pour promouvoir l'hygiène publique. Cependant, au début des années vingt, les actions du Conseil se limitent souvent à des interventions curatives commandées par l'urgence des situations.*

La création, en 1926, des unités sanitaires annonce les débuts de la médecine préventive. Leur action s'inscrira en continuité avec les mesures prises par le Conseil d'hygiène et, plus tard, par le Service provincial d'hygiène: le traitement et la prévention des maladies infectieuses, la lutte contre la tuberculose, l'hygiène infantile à la maison comme à l'école. Les unités sanitaires sont des organismes de santé publique autonomes implantés en région. En 1926, trois unités sanitaires ouvrent leurs portes: une en Beauce, une seconde à Saint-Jean d'Iberville, une troisième au Lac Saint-Jean.

Leur création représente un transfert de responsabilité en matière de santé publique, du niveau municipal au palier provincial. En fait, c'est à partir des années 1930 que les unités sanitaires commencent à remplacer les bureaux de santé municipaux, dénigrés pour leur inaction. Le contexte donne raison au Service d'hygiène. En 1927, une épidémie de typhoïde éclate à Montréal. Sans que l'on sache le nombre exact de victimes, 5 353 personnes doivent être soignées. La cause de l'épidémie: le lait contaminé. Les bureaux de santé municipaux

sont incapables de faire respecter les règlements minimums d'hygiène par les producteurs. Les médecins du Service d'hygiène font donc pression sur le gouvernement pour obliger les agriculteurs à pasteuriser le lait. La même année un amendement à la Loi de l'hygiène publique confie au Service d'hygiène la responsabilité de voir à la pasteurisation du lait. En 1928, l'Acte des unités sanitaires transfère la responsabilité au gouvernement provincial malgré l'opposition des municipalités, qui doivent assumer une partie des coûts.



Une des premières unités sanitaires (Beauceville).

De nouvelles unités sanitaires sont bientôt mises sur pied. La Fondation Rockfeller apporte un appui financier appréciable, de sorte qu'en 1928 on en compte déjà huit, qui desservent dix comtés et près de 300 000 personnes.

Madame Marie-Ange Dubé-Lamy, de la première unité sanitaire, mise sur pied en 1926.

En 1929, la crise économique éclate. Elle amène, en même temps que le chômage et la pauvreté, une recrudescence des problèmes d'hygiène et de salubrité publique qui ne ménagent personne, encore moins les enfants. Au plus fort de la crise, en 1933, la législature adopte la Loi des unités sanitaires. Cette loi rend permanentes les unités sanitaires existantes et autorise le gouvernement à en établir d'autres où cela est nécessaire.

Mais déjà, les unités sanitaires gagnent en importance. Incapable d'accroître l'aide financière à leur bureau de santé, les municipalités abandonnent progressivement leurs responsabilités. En 1930, on en compte 23. De même, le nombre de cliniques formées pour voir au soin et à la prévention de la tuberculose passe de 308 en 1929 à 535 en 1950. Les cliniques pour les soins aux nouveau-nés augmentent rapidement. On en dénombre 1 039 en 1931. Le nombre de visites à domicile aussi; il passe de 12 429 en 1929 à 82 304 en 1931.

Ainsi, la création des unités sanitaires correspond à la mise sur pied d'un réseau d'unités de santé parallèles aux bureaux municipaux ou aux hôpitaux et placées sous la responsabilité d'un organisme provincial. Contrairement aux bureaux de santé municipaux, les unités sanitaires pratiquent une médecine préventive. La formule est originale et donne des résultats concrets.

---

1 **Louis Dupire, Le massacre des innocents dans *Le Devoir*, 21/12/1918.**
2 **Serge Mongeau, *Évolution de l'assistance sociale au Québec*, pp. 48-49.**
3 **A.E. Grauer, *Assistance publique et assurances sociales, Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces.***
4 **Québec Province, *Loi de l'assistance publique.***
5 ***Le Devoir*, 13 avril 1921.**
6 **Lettre de L.A. Taschereau du 3 mai 1921 à Mgr Bégin, Archives de l'Archidiocèse de Québec, 1-169.**
7 **Henri Bourassa, Une mauvaise loi dans *Le Devoir*, 23 mars 1921, p. 6.**
8 **P. Godbout, *Étude de la législation sociale de la province de Québec, 1921-1939*, pp. 11, 12.**
9 **Henri Bourassa, op. cit., p. 6.**

Madame Irma Levasseur, médecin et fondatrice de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec (institution spécialisée pour les enfants) en 1923.
Elle fut aussi organisatrice de l'Oeuvre des enfants malades de la province de Québec.
Archives de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

3

Les premiers jalons d'une politique sociale et la création du département de la Santé et du Bien-être social (1930-1940)

La Loi de l'assistance publique de 1921 représentait une première forme d'intervention directe du gouvernement provincial dans le domaine de l'assistance. Jusqu'alors, son action s'était portée du côté de l'hygiène publique. Mais, avec la crise de 1929 et la montée des problèmes d'indigence, l'intervention gouvernementale s'accroît.

La nécessité de coordonner les efforts amènent la formation du département *de la Santé et du Bien-être social du Québec en 1936, qui regroupe sous une même autorité les services de l'assistance publique et de l'hygiène publique.*

Cependant, les initiatives gouvernementales demeurent timides. Le gouvernement provincial doit s'assurer avant d'agir du support du clergé et des communautés religieuses. On ne peut non plus ignorer un fort courant anti-étatique. Pour un temps encore, l'aide gouvernementale sera complémentaire au secours offert en institution ou dispensé par les agences sociales, qui fournissent des services à domicile aux indigents malades comme aux indigents sans travail.

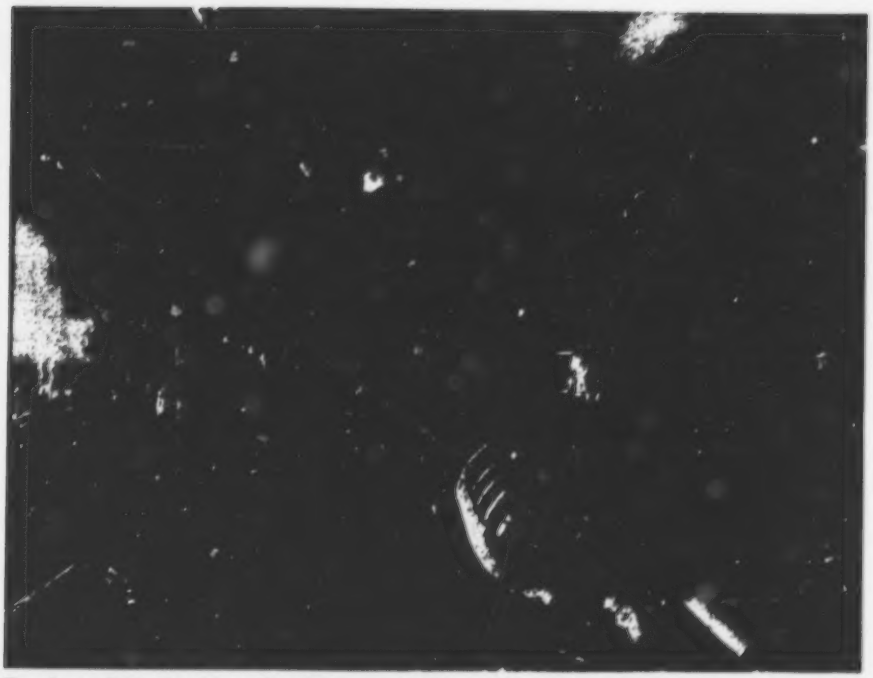
Les soins médicaux sont placés sous l'autorité du gouvernement provincial avec la loi de 1935 et plus encore en 1936 quand le département *de la Santé et du Bien-être social est créé. Avec l'émergence des agences diocésaines, qui viennent s'ajouter aux agences sociales privées, la responsabilité passe du curé à l'évêque. Enfin, l'adoption par le gouvernement fédéral de programmes comme l'assistance-vieillesse en 1927 et l'assurance-chômage en 1941 impose une collaboration plus étroite entre les provinces. Somme toute, on assiste durant cette période à un déplacement des responsabilités du niveau local aux niveaux supérieurs. Simultanément, les autorités laïques doivent considérer les traditions d'aide et la restructuration des institutions de charité au niveau diocésain. La crise économique, davantage que la loi de 1921, aura donc eu des conséquences importantes sur les pratiques de soin et d'assistance.*

Les premiers jalons d'une politique et la création du département [illegible] et du Bien-être social au Québec

La crise de 1929

La crise économique qui éclate en 1929 montre à quel point les structures traditionnelles d'assistance sont inadéquates. En fait, la crise accroît les problèmes financiers des institutions d'assistance et met en exergue les problèmes qu'elles connaissent depuis le début du siècle. Avec l'industrialisation, on assiste à l'essoufflement manifeste des « moyens charitables ». On note une carence du côté de l'assistance à domicile et une nette incapacité pour les institutions d'assumer les soins de certains malades comme les tuberculeux ou encore le soulagement des problèmes liés à la vieillesse, à l'invalidité et aux familles nombreuses.

Scène de la crise de 1929.
Archives publiques du Canada



Fonderie F.X. Drolet à Québec vers 1935.
ANQ Fond Drolet

L'intervention de l'État dans le domaine social

La crise économique suscite une nouvelle conscience des responsabilités de l'État. La loi de 1921 représentait une incursion timide des pouvoirs publics dans le champ de l'assistance. Mais, avec la montée des coûts et la croissance des besoins, il devient évident que la pauvreté n'est plus une responsabilité individuelle mais collective. « On accepte désormais que l'indigence ne soit plus imputée uniquement à des facteurs personnels mais à des facteurs économiques et urbains et que sa solution relevait des pouvoirs publics. »[1] À partir de la crise, la notion d'assistance sera liée à celle du travail. De même, le concept d'hygiène sera intégré à la notion plus générale de santé.

La loi de 1921 ne permet donc pas de régler les problèmes sociaux qui naissent avec la crise de 1929. Le Service de l'assistance publique se limite, pour l'essentiel, à administrer les allocations. Il ne peut contrôler ni les programmes, ni l'application des lois. La gestion des fonds est confiée le plus souvent à des organismes privés ou municipaux qui appliquent chacun leurs normes, ce qui empêche la cohésion. « Ce mode d'organisation de l'assistance ne faisait que maintenir une mentalité de charité publique qui favorisait le patronage et, par conséquent, le mépris des bénéficiaires des allocations. »[2]

La commission Montpetit (1930-1933)

C'est en réponse aux problèmes créés par la crise que le gouvernement provincial met sur pied en 1930 la Commission des assurances sociales du Québec (commission Montpetit). Le mandat de la commission est d'enquêter sur l'assistance, les assurances sociales et l'hygiène industrielle. Sept volumes sont publiés entre 1930 et 1933. Le premier recommande au gouvernement d'inclure dans la loi des accidents du travail, qu'il s'apprête à voter, le risque des maladies industrielles. Le second traite de la protection de l'enfance et recommande d'instaurer un bureau provincial à cette fin. Il suggère aussi la mise sur pied d'un régime d'assistance aux mères nécessiteuses et recommande de subventionner les associations bénévoles d'assistance à domicile. Le troisième volume traite des allocations familiales. Le quatrième suggère que la sécurité du travail relève du ministre du Travail et l'hygiène industrielle, du directeur du Service d'hygiène de la province. Le cinquième aborde la question de la sécurité de la vieillesse. Le sixième traite des problèmes de l'assurance-chômage. Le dernier, enfin, propose un programme d'assurance-maladie-invalidité.

Les recommandations de la Commission, malgré leur ampleur et leur pertinence, seront partiellement suivies. Outre la question des maladies professionnelles, incluse dans la loi des accidents du travail votée en 1931, la reconnaissance comme « institution sans murs » à partir de 1932 des associations bénévoles et la loi des mères nécessiteuses adaptée en 1937, la seule recommandation majeure à recevoir, dans l'immédiat, l'adhésion du gouvernement concerne la participation de la province (à partir de 1936) au programme fédéral de pension de vieillesse, mis sur pied en 1927. Et encore, le gouvernement Godbout adhère au programme fédéral uniquement par souci électoral. En fait, la mentalité de l'époque ne se prête guère à une trop grande intervention de l'État dans le domaine social.

« [...] contrairement à ce qu'on voit dans beaucoup de pays, l'État, chez-nous, n'hospitalise pas, ne traite pas, ne prend pas soin lui-même des indigents. Il laisse cette tâche à ceux et celles qui ont donné des preuves séculaires de leur dévouement. Il aide par des subventions déterminées, à tant de lits et à tant de la journée, l'hospitalisation, à la charité des institutions et à la charité privée, désireux de n'apporter dans ce domaine aucune transformation soit inutile, soit même nuisible. »

La commission Montpetit suggère donc la mise sur pied de nouveaux mécanismes et l'adoption de nouvelles lois afin de remédier aux problèmes créés par la crise. Elle inspire une nouvelle manière de concevoir l'hygiène et l'assistance publiques. Cette perspective amène la naissance, en 1936, du département de la Santé et du Bien-être social.

Le département de la Santé et du Bien-être social

Le département de la Santé et du Bien-être social remplace le Service provincial d'hygiène. Il regroupe dans une même structure administrative le Service provincial d'hygiène et le Service de l'assistance publique. Son rôle consiste à surveiller l'application des lois portant sur l'hygiène et la santé publique, l'assistance publique, les aliénés et sur l'inspection des hôpitaux et autres institutions de charité. On lui confie aussi la responsabilité de réaliser des études sur la santé publique et de compiler des statistiques sur la démographie.

La mise sur pied du département de la Santé et du Bien-être social traduit bien la jonction maintenant réalisée entre la politique d'hygiène et la pratique privée de l'assistance. En effet, la présence de l'État dans les secteurs du travail et de l'hygiène était manifeste depuis la fin du XIX^e siècle et davantage avec la loi de 1921. Jusqu'à ce moment, la politique d'hygiène et la pratique privée de l'assistance étaient séparées.

Les religieuses de l'Hôtel-Dieu de Québec en procession dans la Côte de la Fabrique pour le tricentenaire de leur institution en 1939.
AMH-DQ

L'urbanisation croissante, la baisse des solidarités traditionnelles et les problèmes créés par la crise de 1929 favorisent l'implantation d'une nouvelle idée de l'aide. L'État subordonne dorénavant le concept d'assistance publique au concept de santé. Sous l'étiquette santé, le nouveau département administre l'assistance publique aussi bien que l'hygiène. Il se donne un droit d'inspection autant sur les hôpitaux que sur les institutions charitables.

La création du département de la Santé et du Bien-être social reflète une évolution fondamentale par laquelle l'État se donne les moyens d'agir de manière plus directe.

La doctrine sociale de l'Église

Devant la montée des idées nouvelles exprimées par les syndicats et les associations professionnelles internationales, l'Église s'efforce de renforcer sa présence dans les quartiers ouvriers des grandes villes. Au syndicalisme neutre qui apparaît au début du siècle, elle riposte par la formation des syndicats catholiques.

La doctrine sociale de l'Église se situe au centre de deux modes de pensée dominants à l'époque : le libéralisme et le socialisme. Elle oppose au libéralisme une méfiance du gros capital et une ouverture plus large aux problèmes socio-économiques. Elle appuie l'organisation coopérative et veut développer les corps intermédiaires. Mais elle reconnaît aussi la nécessité de faire reposer l'économie sur la libre entreprise et milite pour restreindre l'ingérence de l'État dans la société. Le rejet des idéaux socialistes s'inspire d'une vision à la fois nationaliste et catholique d'un Québec tournée vers le passé et la tradition.

Dans le domaine de la santé et de l'assistance, la majorité des hôpitaux appartiennent aux communautés religieuses et sont de ce fait soumise à l'évêque. À cause du manque d'argent et de la recrudescence des besoins, le clergé inaugure en 1934 le premier service social diocésain à Trois-Rivières. Du curé, la responsabilité passe à l'évêque.

« Baptiste qui hier comptait sur le curé, aujourd'hui se tourne vers monseigneur l'évêque. Il accepte le service social professionnel, mais en lui donnant une configuration propre à son milieu social. Il va se modeler sur un autre cadre traditionnel de l'Église, sur un cadre plus apte à répondre aux nouveaux besoins de la population, à savoir le diocèse. »[4]

À partir des années trente, les agences sociales diocésaines sont progressivement reconnues comme « institutions sans murs » d'assistance publique. Mais la prise en charge diocésaine de l'assistance connaîtra réellement son expansion dans les années cinquante avec l'adoption de la Loi des évêques.

L'intervention du gouvernement fédéral

Le contexte de crise oblige les différents paliers de gouvernement à collaborer étroitement. C'est à ce moment que le gouvernement fédéral cesse ses allocations aux municipalités pour les offrir directement aux provinces. De 1930 à 1937, le Québec reçoit près de 45 millions du fédéral pour le secours direct aux chômeurs. Le gouvernement central accorde cette aide tout en renouvelant sa foi au principe de la responsabilité provinciale dans le domaine de l'assistance. Cependant, la présence du gouvernement central dans des domaines de juridiction provinciale se fait de plus en plus... permanente. Bien que les tribunaux freinent les initiatives fédérales en invoquant la tradition, le gouvernement central utilise trois stratégies : les amendements constitutionnels ; la législation directe par laquelle le fédéral assume la totalité des coûts ; la technique des subventions à coûts partagés qui implique une collaboration fédérale-provinciale.

Le programme de pensions de vieillesse illustre le dilemme des provinces. Le régime est adopté en 1927. Pourtant, le Québec n'y adhère qu'à partir de 1936. Il s'y est longtemps refusé pour des raisons constitutionnelles. Le contexte de crise oblige cependant les gouvernements à se raviser... d'autant plus que le gouvernement central paie 75 pour cent des coûts. C'est un précédent sur le plan constitutionnel :

« Quand la Loi des pensions de vieillesse fut adoptée, en 1927, elle fut considérée comme constituant un précédent dans la participation de l'État aux services sociaux. L'idée d'offrir des subventions aux provinces qui accorderaient la pension aux vieillards semble contourner l'empêchement constitutionnel de toute initiative fédérale, en même temps qu'elle détruisait les objections des provinces, à l'effet qu'elles manquaient de revenus pour entreprendre d'autres services sociaux. On croyait y voir un procédé savant que l'on pourrait utiliser pour d'autres lois d'ordre social. »[5]

Pour administrer le régime, le Québec forme la Commission des pensions de vieillesse du Québec. Dès lors, on retire aux municipalités la responsabilité de recueillir les demandes de pensions.

Ce programme, auquel il faut ajouter la Loi des mères nécessiteuses en 1937, implique une prise en charge gouvernementale plus grande aux dépens des formes traditionnelles d'aide, ce qui est loin de faire l'unanimité. En 1933, la commission Montpetit se montre réfractaire à l'adoption d'un régime de retraite. Pour certains commissaires, « la pension gratuite est anti-sociale parce qu'elle tend à ruiner le sens de la responsabilité envers soi-même et envers les siens, la prévoyance et l'esprit d'économie ; elle est anti-économique parce qu'elle grève lourdement les budgets de l'État et se traduit par des impôts qui pèsent lourdement et, de plus en plus, elle prête à la surenchère ».

La soupe populaire durant la crise.
Archives publiques du Canada

Les municipalités en crise

Avant la crise de 1929, les municipalités étaient des organisations autonomes, avec une multiplicité d'attributions. Allégées progressivement de charges trop lourdes par les gouvernements provincial et fédéral, elles se cantonnent dorénavant dans l'application locale des grandes mesures adoptées par les paliers supérieurs. Mais elles doivent aussi contribuer financièrement aux divers programmes. Par exemple, les municipalités doivent engager pratiquement tous leurs crédits dans l'assistance aux chômeurs (assurance-chômage, 1941). Au Québec, leur contribution est d'ailleurs plus élevée que dans les autres provinces. Elles doivent aussi participer aux différents programmes de travaux publics (établissement de colons, construction de route, prêts aux cultivateurs) dont elles assument la charge conjointement avec le gouvernement provincial. En pleine crise économique, les municipalités sont incapables de répondre aux besoins accrus d'assistance. Bientôt, 75 d'entre elles se retrouvent sous la tutelle de la commission municipale.

L'application de la Loi de l'assistance publique s'avère coûteuse. La répartition des frais d'assistance ne convient ni aux municipalités, ni aux institutions privées d'assistance. Les petites municipalités rencontrent des problèmes pour distribuer convenablement les pensions d'assistance publique. Elles ne peuvent assumer le coût d'un personnel compétent devenu nécessaire pour établir les cas d'assistance. Les proportions d'aide établie en 1921 ne correspondent plus aux capacités de payer des institutions. Les difficultés financières des établissements hospitaliers et surtout des villes sont causées également par l'accueil d'indigents provenant des campagnes environnantes.

En matière d'hygiène publique, la situation n'est pas différente. Les problèmes économiques priment de sorte que la santé publique est laissée à l'abandon. Dans la ville de Québec par exemple, malgré l'existence d'un bureau de santé, d'un hôpital civique et d'un service d'inspection sanitaire et médical dans les écoles, la qualité de l'eau est toujours aussi mauvaise, la pasteurisation du lait demeure difficile à contrôler et il n'existe pas encore de système de cueillette d'ordures. Signe peu encourageant de l'état de santé d'une population en général, le taux de mortalité infantile de la ville bat tous les records canadiens de l'époque, dépassant même ceux de toutes les villes industrielles de l'Ontario.

Sortie des malades lors de l'incendie de l'Hôpital St-Michel-Archange en 1934.
Archives du Centre hospitalier Robert-Giffard.

L'aide privée : les indigents valides et l'aide à domicile

La loi de 1921 ne prévoyait rien pour les chômeurs. Cette charge supplémentaire incombe donc aux oeuvres privées, comme les sociétés Saint-Vincent-de-Paul et les agences sociales, qui disposent de moyens financiers fort limités. Comme elles ne peuvent recevoir de subventions aux termes de la Loi de l'assistance publique, elles réussissent à se faire reconnaître officiellement comme « institutions sans murs », ce qui leur permet de recevoir l'aide gouvernementale. Il s'agit là de la première participation officielle de la province à l'assistance à domicile.

Madame Lucie Robitaille (garde-malade catholique licenciée), service social à domicile, vers 1940.
Archives Robert Germain

Jusqu'en 1942, seules les agences anglophones se prévalent des largesses d'une interprétation plus libérale de la loi de 1921. Les agences françophones perpétuent un mode de fonctionnement traditionnel. Leur financement est assumé par des campagnes de charité bâties sur le modèle de celle organisée par la Fédération des oeuvres de charité canadiennes-françaises en 1932. Cependant, la crise oblige les responsables à chercher d'autres moyens pour accroître leurs services et, en même temps, réduire des déficits de plus en plus considérables. L'exemple des agences anglophones spécialisées inspirent donc les francophones.

En 1938, Montréal met sur pied le Bureau d'assistance aux familles, spécialisé dans le relèvement et le bien-être des familles. En 1942, les agences prennent la relève des sociétés Saint-Vincent-de-Paul et offrent l'assistance aux indigents non hospitalisés. Avec la création des agences sociales professionnelles, les premières écoles de service social apparaissent. Celle de Montréal est inaugurée en 1940 et celle de Québec, trois ans plus tard.

La salle Saint-Michel pour les hommes à l'Hôtel-Dieu de Québec vers la fin des années 1920.
AMH-DQ

Un hôpital plus réglementé

La situation financière des hôpitaux durant les années de crise est fort précaire. Les communautés religieuses et le haut clergé intercèdent auprès du gouvernement pour modifier la loi de 1921; on lui demande de revoir le critère de l'indigence et les taux d'assistance aux hôpitaux. Mais le gouvernement doit concentrer tous ses efforts dans les programmes de secours direct. Il ne peut faire davantage.

Devant la montée des coûts, la législature adopte cependant la Loi des hôpitaux privés en 1935. Comme l'État n'a pas les moyens de renflouer des déficits de plus en plus élevés, il décide de surveiller directement la gestion des hôpitaux. Il confie cette responsabilité au Service de l'assistance publique. La surveillance demeure difficile à cause des aspects multiples des soins et des services. C'est en outre pour faciliter les contrôles que le département de la Santé et du Bien-être social est créé en 1936.

---

1 *Gonzalve Poulin, L'assistance sociale dans la province de Québec, 1608-1951, p. 76.*
2 *P. Melvyn, La sécurité sociale bien tranquille dans Social 65, p. 61.*
3 *Québec Province, Commission des assurances sociales du Québec (Commission Montpetit), p. 161.*
4 *Albini Girouard, Le service social du diocèse de Saint-Jean dans Le travailleur social, vol. 23, n° 3, 1965.*
5 *H.E. Grauer, L'assistance publique et l'assurance sociale, Annexe du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces, p. 42.*
6 *Esdras Minville, La législation ouvrière et le régime social, Annexe du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces, p. 98.*

La concurrence des juridictions (1940-1959)

4

vec la fin de la Deuxième guerre mondiale et le passage d'une économie de guerre à une économie de paix, les ajustements sont difficiles. Les provinces ont, dans l'ensemble, sacrifié des champs de taxation au profit d'un effort de guerre qui a nécessité une plus grande centralisation des pouvoirs à Ottawa. La fin de la guerre entraîne forcément une montée du chômage. Les problèmes d'indigence augmentent, notamment pour bon nombre de travailleurs et de femmes licenciées et le fort contingent d'immigrants qui ont fui la guerre.

La centralisation de certains pouvoirs fiscaux place Ottawa au premier plan dans des domaines pourtant de juridiction provinciale. La commission Rowell-Sirois en 1940, chargée d'étudier les relations entre le Dominion et les provinces, propose une nouvelle vision de la Confédération: le gouvernement fédéral centraliserait l'administration de certains programmes d'envergure nationale tout en exerçant un contrôle fiscal.

Le dynamisme d'Ottawa s'exprime aussi dans le domaine social. En publiant en 1943 le rapport Marsh, le gouvernement central propose une nouvelle manière de concevoir l'indigence. Du bien-être social, on passe à la sécurité sociale. L'État propose un régime d'assurance contre les risques inhérents à la vie en société qui respecte davantage la dignité des travailleurs.

Mais, en se faisant le promoteur de mesures et de programmes le gouvernement fédéral offusque les provinces. Le Québec réagit. Il sera même le chef de file dans la défense des champs de juridiction provinciale mais aussi dans la manière de résoudre les problèmes sociaux. Faute de moyens mais aussi à cause des traditions d'aide et d'assistance, le Québec défendra une vision bien traditionnelle: on continuera de louanger et de supporter les efforts des communautés religieuses et des organismes de charité privés qui accomplissent des prodiges compte tenu des moyens dont ils disposent.

Les charges d'assistance et de santé continuent de grever les budgets des institutions de soins et d'assistance. Les programmes implantés par Ottawa étouffent l'administration municipale, forcée de les gérer. Le poids financier est trop lourd. Les autorités fédérales confient dès lors la gestion de plusieurs programmes aux autorités provinciales. Duplessis refuse d'abord d'en appliquer certains, mais il doit se raviser. Des mesures législatives s'imposent aussi pour résoudre le problème des déficits croissants des hôpitaux. Enfin, des situations d'urgence comme le soin des enfants nécessitent une plus grande intervention de l'État.

L'hôpital se transforme. Il devient un laboratoire polyvalent où les religieuses exercent leur profession en collégialité avec un personnel laïc formé. La médecine se spécialise et l'institution hospitalière se subdivise en départements. De même, le nombre d'asiles, de sanatoriums, de foyers pour les personnes âgées, de crèches augmente afin de répondre à des besoins accrus.

Contexte économique et social

La guerre avait généré l'expansion industrielle. La paix revenue, la demande pour certains produits de pointe diminue. En même temps, s'amorce une plus grande diversification de la production. La décentralisation industrielle entraîne une nouvelle distribution urbaine de la population. Alors qu'en 1921 on comptait deux cités de plus de 30 000 habitants, en 1951 on en dénombrait sept. L'urbanisation coincide avec la montée de la volonté autonomiste des provinces.

Le contexte de prospérité amené par la guerre donne lieu à plusieurs initiatives du gouvernement fédéral. Le gouvernement du Québec, dirigé par Adelard Godbout (1940-1944), adopte une attitude de collaboration étroite avec Ottawa. Cependant, la centralisation administrative exercée par le fédéral suscite des critiques. Poussée par une vague autonomiste, l'Union nationale de Maurice Duplessis reprend le pouvoir en 1944 et le conserve jusqu'en 1960. Duplessis refuse fréquemment l'adhésion du Québec aux programmes sociaux énoncés par Ottawa.

Pendant la guerre, l'essor des industries textiles au Québec fut considérable. Cette manufacture de Magog confectionnait des vêtements pour l'armée en 1943.
Archives publiques du Canada

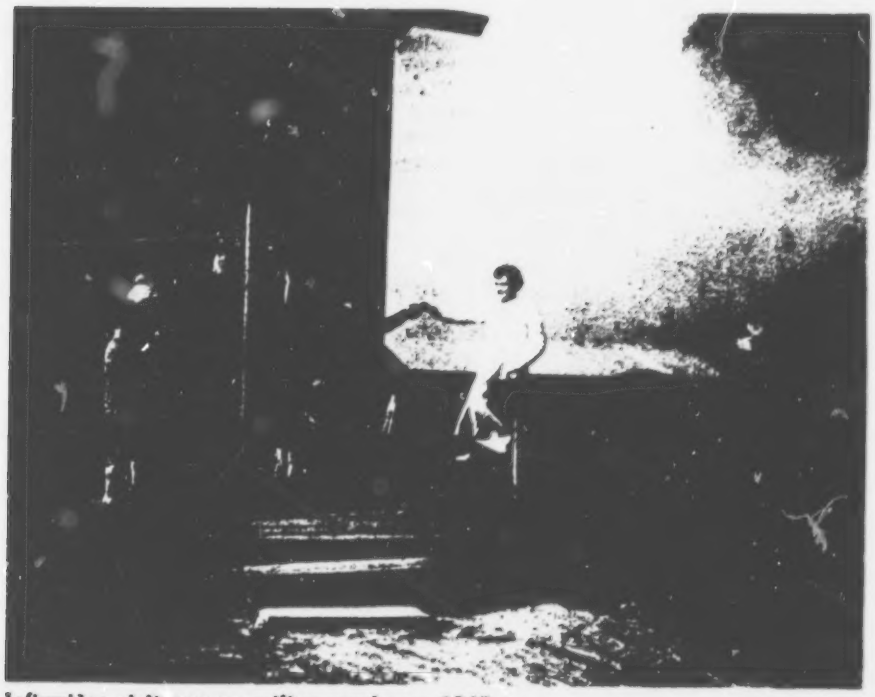
La présence du gouvernement fédéral dans le domaine social

L'action du gouvernement fédéral dans le domaine social s'était fait sentir dès la crise économique de 1929. Entre 1930 et 1940, malgré les difficultés constitutionnelles, l'urgence des problèmes financiers des provinces oblige le gouvernement central à adopter pas moins d'une douzaine de lois sur l'assistance. Certaines sont déclarées inconstitutionnelles, comme la Loi sur les assurances sociales en 1935. Pourtant, la tendance à la centralisation se poursuit et atteint un point culminant durant la Deuxième guerre mondiale, moment où la majorité des provinces abandonnent leurs responsabilités au fédéral. Le rapport de la Commission Rowell-Sirois exprime clairement les intentions du gouvernement central.

Le rapport Rowell-Sirois (1940)

La commission Rowell-Sirois, chargée d'étudier les relations entre le Dominion et les provinces, établit l'approche que le gouvernement fédéral défendra pendant plusieurs années dans le domaine social. Pour remédier aux problèmes financiers des provinces, la Commission recommande la concentration de l'administration de certains services sociaux et la centralisation du contrôle fiscal. Le gouvernement fédéral offre aux provinces de combler leurs dettes et de verser des subventions annuelles en tenant compte d'une norme nationale. Par ce système de péréquation financière, les provinces pauvres doivent recevoir proportionnellement davantage que les plus riches. Par contre, pour assumer ces nouvelles responsabilités, le gouvernement fédéral demande en échange un droit exclusif sur l'impôt sur le revenu des particuliers, les corporations et les successions.

Séances de vaccination.



Infirmière visiteuse en milieu rural vers 1945.

Les provinces affichent d'abord une attitude plutôt négative ; c'est une nouvelle manière de concevoir la Confédération. À la conception égalitaire du partage des responsabilités entre deux niveaux de gouvernements, la commission Rowell-Sirois suggère, ni plus ni moins, l'assujettissement des provinces à un gouvernement central fort à qui serait confié le contrôle financier. Cependant, à cause de la situation d'urgence causée par la guerre, la majorité des provinces acceptent de se départir temporairement de ces champs de taxation. « Cette cumulation (sic) par le gouvernement fédéral de sources de revenus importantes aura une influence marquante sur l'origine des initiatives sociales pour de nombreuses années à venir : seul ce niveau gouvernemental aura les fonds nécessaires à la mise en marche de mesures sociales d'envergure. »[1]

L'assurance-chômage

L'adoption du programme d'assurance-chômage nécessite un amendement constitutionnel auquel les provinces consentent, faute de moyens. L'amendement octroie au fédéral un droit exclusif de légiférer. Il confirme et valide l'action du gouvernement central dans le domaine social. En effet, des bureaux de placement ont été mis sur pied dans toutes les provinces depuis la Première guerre mondiale. Ils sont financés à même des fonds fédéraux.

La Loi de l'assurance-chômage entre en vigueur en 1941. Le Québec n'y adhérera qu'en 1951. On apportera des modifications au programme en 1954. Cependant, c'est la première fois que l'on reconnaît le principe d'une aide sans qu'il y ait indigence déclarée, ni déficience naturelle. L'assurance-chômage ouvre la voie à la notion de sécurité comme droit social.

Le rapport Marsh et la sécurité sociale

La Deuxième guerre mondiale entraîne de grandes transformations. Après la sécurité des États, il faut maintenant penser à la sécurité des individus, à la sécurité sociale. Alors que la crise économique de 1929 avait généré une nouvelle pratique d'assistance axée sur le travail et le bien-être, le retour à la paix et à la prospérité amène les dirigeants à orienter les politiques d'assistance vers des pratiques d'assurance destinées à protéger les droits sociaux des individus comme des collectivités. Roger Marier écrit en 1941 :

« Si chacun des membres de la Société doit travailler à augmenter le bien-être de tous et de chacun, par contre, tous et chacun ont des droits. Chacun a le droit de vivre une vie conforme à la dignité d'une personne humaine. Ce droit comprend d'abord le droit au travail nécessaire pour gagner la subsistance du travailleur et de sa famille, le droit à la retraite quand l'ouvrier a perdu la force de travailler comme un jeune homme, le droit à la sécurité pour lui et sa famille. L'assurance apparaît comme une consécration de ces droits. »

La sécurité sociale est une forme d'assurance garantie par l'État à l'ensemble de la collectivité contre certains risques inhérents à la vie en société (maladie, vieillesse, chômage, accident). Ces principes sont exprimés en 1942 par Lord Beveridge en Angleterre. Mais dès 1889, en Allemagne, le gouvernement de Bismark avait voté un programme de sécurité sociale pour les personnes âgées. La nouveauté du rapport Beveridge réside dans l'étendue de la couverture offerte.

Famille québécoise typique jusque vers 1940.

La version canadienne du rapport Beveridge, le rapport Marsh, est publiée en 1943. Le rapport Marsh peut être considéré comme la charte sociale du pays. Il suggère une nouvelle façon d'harmoniser le développement économique et le développement social. Du « bien-être social » on passe à la « sécurité sociale ». Du « droit au travail » on s'achemine vers le « droit à la dignité du travail ». Dorénavant, la sécurité sociale va de pair avec la croissance économique. Le rapport Marsh inspire le comité consultatif sur l'assurance-santé formé en 1943. Un projet de loi sur l'assurance-santé est présenté. Simultanément, une nouvelle manière d'envisager l'économie nationale incite les dirigeants à aménager des stratégies de plein emploi où l'État s'attribue un rôle d'entrepreneurship. On veut maintenir le pouvoir d'achat et encourager un haut niveau de consommation par les investissements publics et des formules de maintien de revenu.

Le rapport Marsh ouvre l'ere de la planification et de la rationalisation. Il donne naissance au ministère fédéral de la Santé, et du Bien-être social en 1944. Ce dernier remplace le ministère de la Santé créé en 1919, dont les attributions recoupaient dans une large mesure celles dévolues aux provinces. Le rapport Marsh demeure le premier énoncé de principes de sécurité sociale au Canada, principes qui inspirent plusieurs pays après la Deuxième guerre mondiale. La déclaration universelle des droits de l'homme des Nations-Unies viendra, en 1948, en confirmer la légitimité :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être ainsi que ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

La commission King-Lesage (1950-1951)

Formée en 1950, la commission King-Lesage (Comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes) étudie la question des pensions de vieillesse. Le rapport du comité est présenté par le premier ministre Louis Saint-Laurent à la conférence fédérale-provinciale de 1950. Comme plusieurs programmes sociaux doivent être renégociés, il sera aussi question d'arrangements fiscaux. Le Comité mixte propose le versement d'une pension de vieillesse de 40 $ par mois payable à toutes les personnes âgées de 70 ans et plus ainsi qu'une pension de sécurité de la vieillesse pour les personnes de 65 à 70 ans dans le besoin, payées à part égale par le fédéral et le provincial. L'adoption de ces programmes nécessite cependant un amendement constitutionnel, d'où cette modification à l'article 94A de la Constitution : « [...] que le Parlement du Canada peut, à l'occasion, légiférer sur les pensions de vieillesse du Canada, mais aucune loi édictée par le Parlement du Canada à l'égard de la pension de vieillesse ne doit atteindre l'application de quelque loi présente ou future d'une législation provinciale relativement à la pension de vieillesse ».[1]

On signe un compromis constitutionnel en 1951. La Loi des pensions de vieillesse et la Loi de la sécurité de la vieillesse sont adoptées. Le gouvernement provincial voit confirmer sa juridiction, mais ne peut cependant empêcher une prise en charge plus manifeste du domaine des pensions par le gouvernement fédéral. En outre, la répartition des coûts et la provenance des sources de financement ne sont pas réglées pour autant. La sécurité de la vieillesse est un programme à frais partagés financé à même des champs de taxation récupérés par le fédéral depuis la Deuxième guerre mondiale et que les provinces, davantage le Québec, tentent de récupérer.

Le laisser-faire provincial

Après la Deuxième guerre mondiale, la politique sociale au Québec forme une mosaïque de mesures disparates introduites à des époques différentes et inspirées de motifs souvent contradictoires. Encore à cette époque, le secteur privé comme les institutions d'aide et de soins s'entendent pour restreindre le plus possible l'action « socialisante » du gouvernement. L'État et le clergé collaborent pour sauvegarder l'aide traditionnelle aux malades et aux démunis. Cette volonté exprimée politiquement par la réélection de Duplessis en 1944 laisse donc place à un plus grand dynamisme du côté fédéral.

Les problèmes des municipalités

L'incapacité pour les municipalités d'assumer les charges d'assistance générées par la mise sur pied des nouveaux programmes fédéraux de sécurité sociale oblige les autorités provinciales à intervenir tout en cherchant de nouvelles sources de revenus. La quote-part des municipalités pour le financement des programmes sociaux est baissée de moitié en 1952. Le support du gouvernement du Québec s'accroît jusqu'en 1960, moment où la contribution municipale est réduite à 8 pour cent puis, dans la même année, supprimée.

Pourtant, la Province doit assumer conjointement avec Ottawa les coûts croissants de certaines législations adoptées depuis la Deuxième guerre : assurance-chômage (1941), allocations familiales (1945), aide à la santé publique (1949), sécurité de la vieillesse (1952), etc. Toutes ces pièces législatives exigent des ressources plus grandes. Poussé par une vision autonomiste autant que par le souci de récupérer des champs de taxation abandonnés au fédéral durant la Deuxième guerre mondiale, Duplessis décide en 1954 de reprendre au compte de la Province l'impôt sur le revenu des particuliers.

Les dirigeants provinciaux continuent pourtant à faire confiance au système d'aide et d'assistance ; ils proclament toujours leur foi dans l'entreprise privée :

« Toute le monde est d'accord sur un point. Il faut sauvegarder nos services sociaux privés. La charité privée a des qualités, des potentialités que n'a pas la charité publique. Il appert que la charité privée est plus apte à ressembler à la charité tout court. De plus, l'organisation privée de la charité est un indice de maturité chez un peuple, une communauté. Les peuples, les groupes qui se tournent toujours vers l'État pour résoudre leurs problèmes font preuve d'immaturité et de manque de sens civique et social [...] Au Canada, comme ailleurs, la main de l'État se fait sentir de plus en plus puissante et trop souvent accapareuse. »

Les agences sociales privées continuent à prodiguer leur aide mais, cette fois, avec l'appui financier de l'État. En 1957, certains services municipaux sont reconnus agences de bien-être. Les sociétés Saint-Vincent de Paul restent fidèles à leurs coutumes et réussissent à trouver dans les paroisses les ressources nécessaires. Malgré tous ces efforts, les fonds demeurent insuffisants. Pour résoudre les problèmes des agences sociales professionnelles, on entreprend des campagnes de souscription qui donnent naissance à des regroupements d'oeuvres de charité.

Le cadre diocésain constitue aussi un moyen efficace de coordination et de distribution. Ainsi, le Conseil des oeuvres devient la clé de voûte d'un ensemble d'organismes privés de charité. L'Église exerce ainsi, tant par son dogmatisme que par la propriété des institutions de soins et d'assistance, un ascendant sur tout le système d'assistance.

Pour les agences sociales, seule l'augmentation des travailleurs laïcs permettrait d'atténuer l'influence de l'Église. Mais le fait que la direction des agences soit confiée à un prêtre éloigne bon nombre de candidats. Cependant, elles reçoivent de plus en plus une aide directe de l'État. En 1952-1953, les agences sociales sont déjà financées à 98 pour cent par le gouvernement, mais elles conservent leur caractère privé.

Fête annuelle réunissant les malades, les employés et les familles des employés de l'Hôpital général de Québec vers 1950.

Le renforcement des structures gouvernementales québécoises

L'enquête sur les hôpitaux de 1940 conduit à la formation de la Commission de l'assurance-maladie du Québec en 1943. Son mandat consiste à préparer un plan complet d'assurance-maladie et l'intégration de ce dernier à un plan général de sécurité sociale. Malheureusement, la commission est abolie avec le retour au pouvoir de Duplessis en 1944. Ce geste doit cependant être interprété davantage comme une manoeuvre stratégique ou une mesure d'économie qu'une réaction de crainte face aux implications « sociales » de l'assurance-maladie. « Le fait de renoncer au partage médical-social en matière de politique d'aide n'empêche nullement l'ajustement de la structure administrative aux exigences du concept de sécurité sociale. »[6]

En décembre 1943, un événement oblige le gouvernement à réviser ses positions : plusieurs jeunes enfants placés dans des garderies privées trouvent la mort à cause de l'insalubrité des locaux. Une commission royale d'enquête est formée. La commission Gameau donne lieu en 1944 à la Loi de protection de l'enfance et à la formation du Conseil supérieur de la protection de l'enfance. Elle permettra aussi en 1950 la formation de la Cour du Bien-être social.

Dans l'immédiat et à la suggestion de la commission, le département de la Santé et du Bien-être social est scindé en deux entités. L'idée de santé couvre dorénavant tout le domaine des soins immédiats ou de longue durée aux personnes nécessiteuses. Elle ne concerne pas uniquement l'aide médicale mais regroupe une série d'activités à la fois médicales et charitables réunis autour de la notion élargie de maladie. L'intégration du dispositif d'assistance publique sous l'autorité du ministère de la santé se fait dorénavant en fonction du concept de « maladie sociale ».

En 1946, bien-être et jeunesse sont réunis. Le concept de sécurité sur lequel ces notions s'appuient réfère à la nécessité de conserver un acquis (bien-être) et de protéger l'avenir (jeunesse). Ainsi, la création du département du Bien-être social et de la Jeunesse permet à l'État de compléter son dispositif de soins (département de la santé).

Un ensemble disparate de mesures sociales

La politique sociale du Québec, pendant ces années, demeure complexe. Elle forme un ensemble disparate dont la gestion change au gré des besoins et des réformes administratives. Par exemple, de 1946 à 1957, l'assistance aux personnes de 65 à 70 ans, l'aide aux aveugles, aux invalides et aux mères nécessiteuses relève du département du Bien-être social et de la Jeunesse. L'administration de ces programmes est confiée à la Commission des allocations sociales du Québec. Cet organisme, d'abord connu sous le nom de Commission des pensions de vieillesse, était d'abord placé sous la juridiction du département des Affaires municipales. En 1936, il est transféré au département du Travail puis à celui du Bien-être social et de la Jeunesse en 1946. En 1952, il prend le nom de Commission des allocations sociales du Québec et absorbe, sous sa juridiction, l'Office des mères nécessiteuses, créé en 1937. En 1956, la juridiction du département du Bien-être social et de la Jeunesse s'étend à d'autres secteurs : orphelinats, crèches, garderies populaires et agences sociales.

Le dépistage avec le camion radiologique fut un élément important dans la lutte antituberculeuse, surtout durant la période qui a précédé la découverte des antituberculeux vers 1950.
Archives de la ligue antituberculeuse

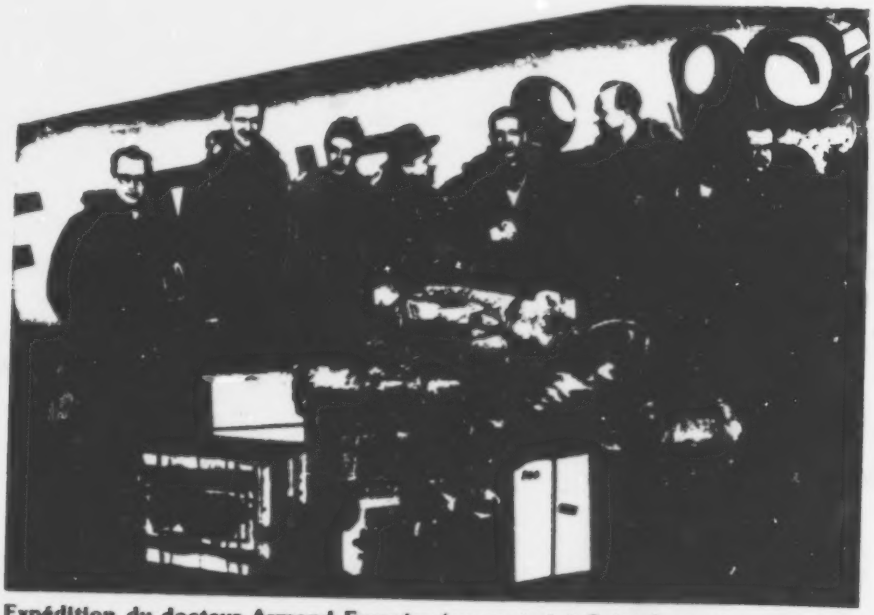
Le département *de la Santé*

Le département de la Santé conserve son autorité sur les hôpitaux, les sanatoriums et les hospices. Cependant, on assiste lentement à un glissement des responsabilités en matière d'assistance publique du département de la Santé à celui du Bien-être social et de la Jeunesse. Ainsi, en 1960, la gestion des hospices passe au département du Bien-être social. Quoiqu'il en soit, le rôle du département de la Santé ne cesse de croître au cours de ces années. En 1948, la Commission d'enquête sur les services de santé (commission Sylvestre) jette les bases d'une plus grande régionalisation des services de santé. L'année suivante, le Québec entérine le programme fédéral d'aide à la santé publique. Le département de la Santé se voit donc confier l'administration d'un programme à coûts partagés qui permet d'aider à la construction des hôpitaux. En 1949, la Loi des hôpitaux privés fait passer l'administration de ces derniers du Service de l'assistance publique au département de la Santé. À partir de 1951, des centres médicaux de diagnostics commencent à être implantés. Le département de la Santé compte 13 divisions en 1954.

L'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal

Durant les années trente, la recherche en santé publique, en médecine préventive et en microbiologie était quasi inexistante dans les universités francophones du Québec et, mis à part certaines exceptions, très peu répandue au Canada.

Le Québec dépendait encore en bonne partie de l'extérieur pour l'approvisionnement de vaccins et sérums employés par les services de santé publique. Les sommes ainsi dépensées chaque année hors de la province atteignaient plusieurs centaines de milliers de dollars.



Expédition du docteur Armand Frappier (au centre) à Saint-Augustin en vue d'y faire des relevés épidémiologiques à la suite d'une épidémie de poliomyélite. L'expédition était organisée par l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal.

À l'initiative du docteur Armand Frappier, l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal voit le jour en 1938. L'Institut et son fondateur exerceront à partir de ce moment une influence déterminante.

Au début des années quarante, on commence la production de vaccins pour le compte des ministères de la Santé, fédéral et provincial, et de l'Armée. L'Institut est notamment le premier au Canada à produire les vaccins de la grippe et à en faire l'essai chez l'homme. À partir de 1949, des équipes itinérantes d'infirmières spécialisées, en collaboration avec les unités sanitaires, appliquent les tests de dépistage allergique et la vaccination par le BCG dans les écoles et les hôpitaux. L'Institut peut ainsi établir la carte de la distribution de la tuberculose au Québec.

Au cours des années cinquante, la mise au point et la production des vaccins Salk et Sabin contre la poliomyélite, confère à l'Institut une réputation internationale, qui se confirmera par la suite.

L'École d'hygiène

En 1945, le docteur Frappier fonde l'École d'hygiène, institution autonome, constituante de l'Université de Montréal. Jusqu'alors, les étudiants en hygiène publique devant aller chercher leur formation à l'extérieur, notamment au School of Hygiene de Toronto. L'enseignement spécialisé de l'hygiène publique et de la médecine préventive au Québec présentait des avantages certains : on attirerait ainsi un plus grand nombre de candidats vers la profession (le Québec et le Canada manquaient de médecins hygiénistes), l'enseignement serait mieux adapté aux besoins, la recherche et le rayonnement de l'hygiène, et par conséquent la santé de la population, seraient accrus.

En fait, la réalité dépasse de loin les premiers espoirs. L'École d'hygiène s'impose bientôt dans toute la francophonie. Elle devient la première et seule école universitaire de langue française en son genre au monde. L'Organisation mondiale de la santé y dirige chaque année un nombre important d'étudiants post scolaires, professionnels de la santé, venant de tous les coins du monde : France, Suisse, Belgique, Espagne, Portugal, pays d'Afrique, du Moyen-Orient, du Sud-Est asiatique, d'Amérique latine. Près du tiers des hygiénistes diplômés des pays francophones, jadis unis à la France, font leurs études d'hygiène publique à l'École de Montréal. Pendant un temps, une bonne partie des représentants de ces pays à l'OMS seront d'anciens étudiants de l'École.

Les unités sanitaires

Les unités sanitaires prennent durant ces années une importance considérable. Elles étaient 49 en 1941, leur nombre passe à 67 en 1953. Le développement des unités sanitaires favorise la diffusion des programmes de vaccination dans les écoles. Les unités jouent aussi un rôle important en matière d'éducation sanitaire auprès des futures mères. Dans les années cinquante, leur action paraît fondamentale compte tenu des problèmes financiers des hôpitaux et de l'inefficacité des services de bien-être professionnels. À la fin des années cinquante, le Québec compte 73 unités sanitaires qui desservent 79 comtés. Elles seront abolies au cours des années soixante. Cette dissolution coïncide avec la fin des contributions municipales au régime d'assistance publique.

L'endettement dramatique des hôpitaux

L'hôpital, au tournant des années cinquante, est devenu essentiellement le lieu du traitement de la maladie. C'est une structure polyvalente dont la croissance pose des problèmes. Aussi, le gouvernement adopte-t-il toute une série de lois visant à restreindre ou du moins à canaliser son action. À la suggestion de la Commission royale d'enquête sur les hôpitaux de 1940, la Province adopte en 1949 la Loi des hôpitaux privés, qui place ces derniers sous la responsabilité directe du département de la Santé. De plus, le Québec décide de profiter de ce programme à frais partagés, proposé aux hôpitaux par le gouvernement fédéral en 1948. En 1951, la Province s'octroie un droit d'expropriation sur tous les hôpitaux de plus de 100 lits et forme un comité d'étude sur les problèmes hospitaliers. La commission Tremblay, chargée d'étudier les problèmes constitutionnels, fait écho aux problèmes des hôpitaux lorsqu'elle remet son rapport en 1955.

La goutte de lait. Clinique Saint-Pascal à Québec entre 1950 et 1960.
Archives Robert Germain

Ces problèmes sont multiples. Depuis 1921, les coûts de construction n'ont cessé de croître. D'autre part, l'augmentation du personnel infirmier gonfle la part des salaires dans l'ensemble des dépenses des hôpitaux. En 1942, les salaires représentent 38,2 pour cent des dépenses et en 1951, 46,5 pour cent. L'augmentation de la masse salariale s'explique de plusieurs façons : le nombre de travailleurs augmente avec la multiplication des examens et des traitements ; l'ouverture des cliniques externes et les soins à domicile nécessitent un plus grand nombre d'employés laïcs, le recrutement dans les communautés religieuses ne suffisant plus. Il faut aussi ajouter l'allongement du séjour des patients et un plus fort taux d'occupation des lits. Paradoxalement, on note une pénurie de personnel pour s'occuper des grands malades et un manque d'employés spécialisés. La situation est encore plus dramatique dans les campagnes.

Les déficits des hôpitaux ruraux sont causés dans une large mesure par les coûts d'assistance aux indigents qu'ils doivent supporter. Ainsi, en 1951, les jours d'hospitalisation des patients indigents bénéficiaires de l'assistance publique représentent 24,5 pour cent du coût de gestion alors que les revenus provenant de source gouvernementale et municipale totalisent 12 pour cent du revenu net de gestion.

Les problèmes financiers sont aussi causés par une mauvaise répartition des charges de l'assistance publique. Ainsi, le coût journalier d'hospitalisation des indigents passe de 3,73 $ en 1938 à 11,50 $ en 1951. Par contre, le subside versé en vertu de la Loi de l'assistance publique qui était de 2,00 $ par jour en 1938 s'élève à seulement 5,50 $ en 1951.

Des services sociaux déficients

Il paraît maintenant évident que la réadaptation sociale constitue l'un des facteurs principaux susceptibles de diminuer l'indigence. Or, à l'époque, le nombre de travailleurs sociaux est insuffisant et les écoles universitaires ne peuvent en former davantage. Le retard accumulé dans la réadaptation sociale contribue à augmenter les coûts du bien-être.

La maladie mentale

L'aliénation est reconnue depuis le XIX[e] siècle comme une maladie. A partir de la Deuxième guerre mondiale, le fou ou l'aliéné devient un malade a part entiere qui doit être intégré dans les dispositifs de soins offerts aux autres malades et gérés par l'État. Ainsi, dès 1938, on met en place un dispositif de curatelle pour les aliénés non instruits. En 1944, la suppression des contributions municipales aux aliénés entraine une plus grande prise en charge par l'État. La nouvelle Loi des hôpitaux psychiatriques remplace l'ancienne Loi des asiles d'aliénés en 1951. La même annee, des crédits supplementaires sont votés pour régler les problèmes découlant des maladies mentales.

Une solution : l'assurance-maladie

Le Comité d'étude sur les problèmes hospitaliers (1953-1954) suggérait de mettre sur pied un système d'assurance-maladie inspiré du plan de la Mutuelle des services de sante du Québec. Cette suggestion, maintes fois exprimée depuis la création de la Commission de l'assurance-maladie, en 1943, est reprise par la commission Tremblay en 1955. Pour la commission Tremblay, les objectifs de l'assurance-maladie seraient plus facilement atteints si l'on misait sur la collaboration des services privés (pour les commissaires, l'initiative privée coûte moins cher) et publics. De plus, l'administration de ce programme pourrait etre décentralisée et confiée aux unités sanitaires. Le programme inclurait les soins médicaux et les soins à domicile.

Cette volonté donne lieu à la formation d'une Commission d'enquête sur l'assurance-hospitalisation en 1960 par Antonio Barrette, le successeur de Duplessis. Avec l'arrivée au pouvoir du Parti libéral la même annee, la commission n'aura pas de suite.

1 Gonzalve Poulin, **L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951**, p. 77.
2 Roger Marier, **L'assurance sociale est fonction de la prudence politique**, p. 41.
3 **Déclaration universelle des droits de l'homme**, article 25, Troisième assemblée des Nations-Unies, 1948.
4 Canada, **Acte de l'Amérique du Nord Britannique**, article 94-A.
5 Louis Beaupré, Comment meurt la charité privée dans **Bien-être social canadien**, vol. 4, n° 4, 1952.
6 Albini Girouard, **Nos services sociaux diocésains**, thèse de maitrise en service social, p. 46.

5

L'application du principe de la sécurité sociale et la centralisation administrative (1960-1970) : la création du ministère de la Famille et du Bien-être social

usqu'à la fin des années 1950, les interventions du gouvernement québécois dans le domaine social revêtent des formes multiples sans présenter un caractère d'ensemble. Malgré les recommandations formulées par la commission Tremblay, en 1955, le gouvernement du Québec, alors dirigé par Maurice Duplessis, n'adopte pas de politique générale qui permettrait de coordonner les actions du provincial au chapitre de la sécurité sociale.

La volonté de l'État du Québec de ne pas prendre une part active dans le développement de la sécurité sociale reflète les hésitations constitutionnelles du gouvernement de l'Union nationale face au gouvernement central. Elle montre aussi la faiblesse des moyens financiers du Québec d'alors.

Un vent de renouveau politique au début des années soixante atteint les institutions. L'appareil gouvernemental se transforme. D'une « boîte à patronage », la Fonction publique du Québec se renouvelle avec l'arrivée de diplômés sortis des départements d'administration, d'économie et de sciences sociales. L'État, pour Jean Lesage, est la plus grande entreprise et le seul instrument économique que maîtrise les Québécois. Il devient le moteur du changement économique social proposé par « l'équipe du tonnerre ».

La décennie soixante, c'est celle de la Révolution tranquille. Elle se divise en deux périodes distinctes. De 1960 et 1966, on assiste à la prise en charge fonctionnelle par l'État des domaines économique et social. Quelques commissions d'enquête sont alors formées: la Commission des allocations sociales (1961); la Commission sur l'administration et l'organisation d'institutions du secteur hospitalier (1961) qui donne lieu à la Loi des hôpitaux en 1962; le Comité d'étude sur l'assistance publique, dont le rapport sera publié en 1963; la Commission sur les hôpitaux psychiatriques (1962); et la création, la même année, du ministère de la Famille et du Bien-être social.

L'État québécois se dote aussi de puissants leviers financiers pouvant favoriser la mise sur pied des programmes économiques et sociaux jugés prioritaires à l'époque. Le Conseil d'orientation économique (1961), la Société générale de financement (1963), la Caisse de dépôt et de placement (1965) sont autant de moyens qui vont permettre, par exemple, l'exploitation des richesses naturelles, la création de SIDBEC (Sidérurgie du Québec), de SOQUEM (Société québécoise d'exploitation minière), la nationalisation de l'électricité, l'instauration du Régime de rentes et les premières étapes de la mise en place d'un régime d'assurance-maladie universel.

Les années 1966 à 1970 permettront de consolider les acquis. Le domaine social est en profonde mutation. L'État met à exécution les recommandations formulées dans le rapport Boucher (1963). Les premiers plans d'une politique d'assurance-santé universelle sont institués lorsque les libéraux adoptent la loi de l'assistance médicale, en 1966. À la même époque, Québec forme la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu) dont les travaux aboutiront à la création de la Régie de l'assurance-maladie (1969) et du ministère des Affaires sociales (1970). On légifère également sur les allocations familiales et l'aide sociale.

En dix ans, le Québec s'est doté d'une politique sociale intégrée et cohérente tout en privilégiant une gestion efficace des divers programmes implantés. Cette politique découle aussi de nombreuses tractations avec le gouvernement fédéral. En fait, les politiques de la Révolution tranquille représentent une offensive pour combattre l'unilatéralisme d'Ottawa. Les efforts ont porté autant sur l'économique que sur le social, les deux étant intimement liés.

Un contexte politique tendu

Le premier ministre Lesage, aux lendemains des élections de 1960, veut organiser et instituer des rencontres officielles avec ses homologues provinciaux et le fédéral afin de discuter des questions politiques qui concernent les deux niveaux de gouvernement.

En 1960, le programme électoral des libéraux offre de renouveler l'expérience de la conférence fédérale-provinciale de 1887 et propose la création d'un conseil permanent des provinces. Pour le Québec, il était « nécessaire et urgent » que les provinces se réunissent et, si possible, s'entendent sur un grand nombre de questions qui les divisent entre elles et le gouvernement fédéral. Entreprise sous le signe de la concertation, la Conférence de Québec devait reléguer aux oubliettes les conflits engagés sous le gouvernement Duplessis, notamment la participation du Québec à des programmes sociaux institués par le Parlement canadien.

Malgré une volonté commune de rapatrier la Constitution et l'énoncé de la formule Fulton-Favreau, ces exercices constitutionnels dégénèrent en conflit ouvert. Les principaux sujets litigieux, le partage fiscal et la protection des champs de juridiction. Cette mésentente restreint les visées expansionnistes du Québec dans le domaine social. Jean Lesage affirme en 1960 que :

Le docteur Jules Gilbert a été fort actif en santé publique au cours des années 50 et 60, notamment à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal et comme directeur du Service d'éducation sanitaire au ministère de la Santé provincial.

« [ ] la province de Québec entend sauvegarder les droits et les pouvoirs que lui confère la Constitution. Nous voulons non seulement conserver ces droits, nous désirons les utiliser pleinement en vue de promouvoir le bien-être de notre population dans toutes les matières qui relèvent de la juridiction provinciale. Toutefois, nous n'avons pas l'intention de nous enfermer dans un isolement qui serait aussi illusoire pour un membre de notre confédération que nuisible à son ensemble. L'expérience démontre que souvent ces programmes conjoints ne permettent pas aux provinces d'utiliser leurs propres revenus comme elles l'entendent et de tenir suffisamment compte des conditions locales. De plus, ils soulèvent aussi des difficultés administratives qui signifient une perte d'efficacité, ou un double emploi et des frais plus élevés. »[1]

Les programmes à frais partagés : l'exemple du régime de rentes

L'annonce d'un régime de retraite en 1963 par Judy LaMarsh, ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-Être social, représente un bon exemple des litiges qui opposent Québec et Ottawa. Ce qui devait devenir le régime de pension du Canada concurrençait à l'époque les plans ébauchés par le Québec et l'Ontario pour offrir à leurs populations respectives un programme semblable. La création d'une caisse de retraite, où employés et employeurs cotiseraient, et d'un régime de pensions transférable d'un lieu de travail à un autre constituait une des promesses électorales de Lesage, lors du scrutin de 1960.

À la veille de l'annonce du nouveau régime de pensions proposé par le gouvernement Pearson, les positions du Québec sont explicites. On rappelle au gouvernement central le désir du Québec de récupérer ses champs de juridiction tout en privilégiant l'instauration de ses propres programmes. Jean Lesage explique à la conférence fédérale-provinciale de 1964 que :

« Le problème constitutionnel soulevé par les programmes conjoints est grave. En pratique, la présence de ces plans réduit l'initiative des provinces dans les champs d'action que la constitution leur reconnaît et vient même déformer l'ordre de priorité que les provinces désireraient établir dans leurs propres dépenses. De plus, la plupart du temps, ils visent à défrayer le coût d'initiatives qui devraient relever des juridictions provinciales.

Pour des raisons politiques faciles à comprendre, les provinces peuvent difficilement refuser les subventions rattachées aux programmes à frais partagés... C'est cette situation qui a forcé le Québec à adhérer, depuis 1960, à plusieurs programmes conjoints. Cette adhésion toutefois n'a toujours été pour nous qu'un pis-aller en attendant une solution satisfaisante à ce problème. »[2]

Les doléances du Québec au chapitre des programmes à frais partagés et de la formule de péréquation donnent des résultats. Le gouvernement fédéral accepte en principe le retrait des provinces quant à leur participation à ces initiatives en matière sociale. La formule d'option (opting out) accorde une plus grande marge de manoeuvre aux provinces qui désirent continuer ou se retirer des divers programmes mis en place par Ottawa. En plus, elle leur permet de récupérer d'importantes sommes pour mettre sur pied et développer leurs propres mesures.

Le Québec dispose dès lors d'une marge de manoeuvre suffisamment flexible pour promouvoir ses programmes. Dans le cas du régime de pension, comme pour les prêts aux étudiants et les allocations familiales, le Québec se retire des plans élaborés par le fédéral tout en se prévalant d'une compensation financière.

Vers la définition d'une politique de sécurité sociale

La notion de sécurité sociale remonte à la fin de la Deuxième guerre mondiale. À partir de cette époque, les problèmes sociaux seront désormais considérés dans un cadre élargi. De l'individu à la famille et à la communauté locale, l'indigence s'est transformée pour absorber tout autant les secours directs que la prévention des risques. À la fin des années cinquante, la sécurité sociale englobe autant l'assistance sociale que l'assurance sociale. Cependant, la sécurité sociale demeure dans une large mesure l'apanage du gouvernement fédéral.

Le programme d'assistance-chômage (1959)

Le Québec franchit un premier pas dans l'application des principes de sécurité sociale lorsqu'il signe un accord avec le fédéral sur un plan à frais partagés d'assistance-chômage, en juillet 1959. L'adhésion du Québec à ce programme représente une toute nouvelle orientation, un virage important par rapport à la façon d'envisager les solutions aux problèmes sociaux.

Cette mesure remplace la loi de 1921 qui n'accordait un secours qu'aux personnes diminuées physiquement ou psychiquement et ce, par l'entremise des institutions religieuses ou des municipalités. Le programme d'aide s'adresse à toutes les personnes nécessiteuses qui peuvent désormais se prévaloir de ce droit légitime sans être obligées de présenter un certificat médical attestant qu'elles sont malades.

« Ce nouveau régime est la première mesure réelle d'assistance publique au Québec (mis à part le secours direct, dans les années trente) car la loi de 1921 ne visait qu'à secourir les institutions. À un tel point que pour être admissible aux bénéfices de cette loi, il ne suffisait pas d'être indigent, mais il fallait être malade. Lorsque leurs allocations d'assurance-chômage étaient terminées, les victimes d'un chômage prolongé ne recevaient rien des agences, à moins d'avoir un certificat médical attestant la maladie. Plusieurs agences employaient tout leur temps à « chasser » de tels certificats pour leurs clients, car c'était la seule façon de pouvoir les assister. Tandis que l'assistance-chômage s'applique même pour ceux qui ne sont pas malades. Cette lourde restriction enlevée, de nombreuses personnes qui, tout en étant dans le besoin, ne pouvaient rien recevoir auparavant, deviennent soudainement admissibles à une assistance quelconque. »[1]

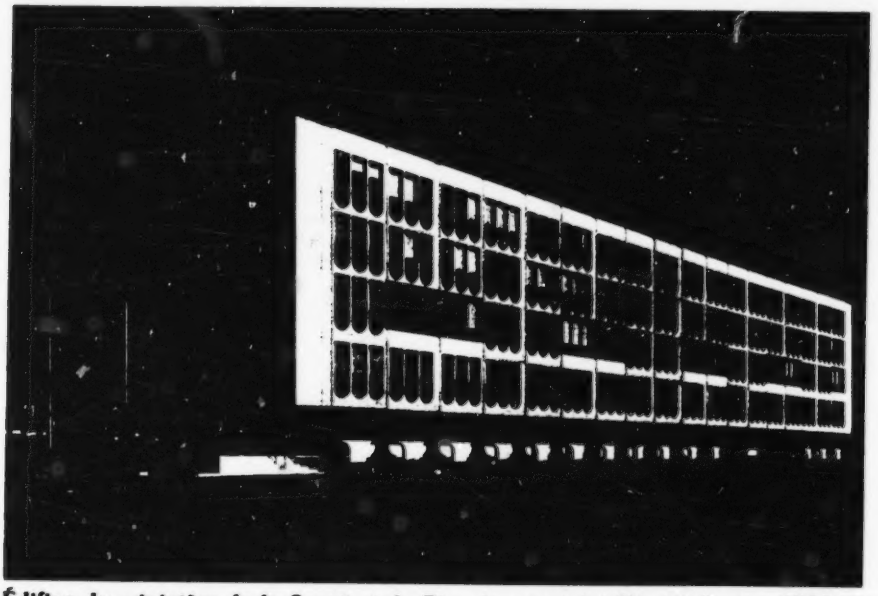
Les municipalités en faillite

Le plan d'assistance-chômage de 1959 a des répercussions immédiates sur les municipalités. Elles ne peuvent plus payer leur quote-part et ne possèdent plus les ressources suffisantes pour répondre à la demande de services sans cesse croissante. L'État doit resserrer ses contrôles administratifs. Peu à peu, il en vient à s'interroger sur l'efficacité des agences privées — plusieurs municipalités sont considérées comme telles — chargées de redistribuer les montants alloués au chômeurs. De fait, le gouvernement les écarte en 1960 ; une bureaucratie d'État veillera désormais à appliquer les programmes.

1969, les premiers affrontements.

La création du ministère de la Famille et du Bien-être social

Loin de constituer un exemple isolé, le plan d'assurance-chômage de 1959 marque le début d'une série de mesures visant à consolider l'emprise du gouvernement québécois dans la gestion et l'organisation de la sécurité sociale. Une des plus importantes manifestations de prise en charge demeure la création du ministère de la Famille et du Bien-être social, en 1961. Ce nouvel organisme remplace le département du Bien-être social et de la Jeunesse, créé en 1957, à qui on avait confié la gestion des mesures découlant de la Loi de l'assistance publique, en 1957. Il récupère les fonctions de ce dernier et oriente son action vers l'aide à la famille. Le Ministère implante notamment le système d'allocations sociales aux écoliers. Ce programme est administré par la Commission des allocations sociales, créée en 1961.



Édifice du ministère de la Santé et du Bien-être social à Montréal entre 1960 et 1970.

L'assurance-hospitalisation

C'est à la suite des travaux d'une commission d'enquête fédérale instituée pour étudier la mise en place d'un système à frais partagés d'assurance-hospitalisation que ce programme est instauré en 1957. Il est appliqué au Québec en 1961. À l'exclusion des sanatoriums anti-tuberculeux, des hôpitaux pour aliénés et des maisons de convalescence, tout autre hôpital peut dorénavant conclure un contrat de service avec l'État. L'entente permet au gouvernement de superviser les dépenses des hôpitaux en matière de services médicaux.

La Loi sur les hôpitaux

La mise en vigueur d'un plan d'assurance-hospitalisation entraîne à brève échéance l'adoption de la Loi sur les hôpitaux, qui vise à rationnaliser la gestion hospitalière. Le gouvernement propose un schéma administratif de gestion et institue un système annuel de permis obligatoire. Cette loi accroît l'influence du personnel laïc au sein de l'hôpital et favorise un transfert plus harmonieux du patrimoine hospitalier des communautés religieuses.

La Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques

Au mois d'août 1961, un livre crée un grand émoi dans la population québécoise: Les fous crient au secours, *de Jean-Charles Pagé. Interné pendant plusieurs mois en 1960-1961 à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, l'auteur avait pris la décision de livrer au public, principalement dans l'intérêt des malades mentaux, les souvenirs de cette expérience.*

On peut lire dans la préface de l'ouvrage: « Le livre de Jean-Charles Pagé est essentiellement un témoignage contre un système, une mentalité et une conduite qui, dans un hôpital psychiatrique, traitent à l'encontre de la dignité humaine, seraient une négation de la thérapeutique moderne et favoriseraient les préjugés à l'égard du malade mental. »

En septembre, le gouvernement Lesage annonce la création de la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques (commission Bédard). La Commission remet son rapport final en mars 1962. En plus des recommandations spécifiques pour chacun des établissements visés par le rapport, la commission propose des orientations générales :

- *la formation d'une commission des services psychiatriques ;*
- *la modification de la législation régissant les hôpitaux psychiatriques et la curatelle publique ;*
- *le financement des établissements ;*
- *la réforme des hôpitaux de type « asilaire » ;*
- *la création dans les principaux hôpitaux généraux d'abord, puis dans la majorité des autres hôpitaux généraux, d'un service de psychiatrie ;*
- *la formation, l'amélioration de la rémunération et des conditions de travail du personnel ;*
- *la mise en marche d'un programme d'enseignement et de recherche en psychiatrie ;*
- *la mise en application d'un programme de prévention et d'éducation de la population.*

La réforme est amorcée rapidement, d'abord par la création de la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale, rattachée au ministère de la Santé. La nouvelle direction générale voit à la création de services internes et externes de psychiatrie dans les principaux hôpitaux généraux de la province. Elle régionalise la distribution des services et des soins tout en diminuant la capacité des grands asiles. Elle réussit à doter les régions des services de psychiatres en assurant la présence à plein temps, en 1969, de spécialistes dans les régions périphériques et éloignées.

Cette époque est caractérisée par une nouvelle prise de conscience : non seulement la maladie mentale est-elle une maladie, mais elle doit être traitée comme telle.

La Commission d'enquête sur l'assistance publique

Instituée pour étudier surtout les problèmes budgétaires découlant de la mise en place de l'assurance-chômage, le comité Boucher, formé en 1961, doit s'intéresser également à divers aspects de l'assistance publique : les échelles de taux d'allocations selon les régions économiques ; le régime des taux fixes et le régime basé sur le budget du groupe familial ; les modes de collaboration des oeuvres privées avec les services publics de bien-être ; l'ensemble du problème de l'assistance à domicile ; les implications financières et sociales de la prévention et de la réadaptation.

Ce comité explore prioritairement les causes de l'accroissement des coûts sociaux. Pour les commissaires, le mauvais état de santé de la population, la faiblesse de l'économie québécoise et une « mentalité de quêteux » expliquent l'augmentation substantielle des frais d'assistance. L'entente fédérale-provinciale sur l'assurance-chômage a permis de subvenir aux besoins d'une plus grande partie de la population. Le retrait des municipalités a entraîné des dépenses additionnelles que l'État a dû assumer. Enfin, la création de nouvelles catégories d'indigents, la situation critique du chômage en 1961, l'absence d'une gestion cohérente et d'une politique d'ensemble et la majoration des taux d'aide ont obligé l'État à consacrer une portion de plus en plus importante de ses revenus pour trouver des solutions aux problèmes sociaux.

En réévaluant les diverses interventions dans le domaine de l'assistance, c'est toute la gestion privée et le rôle supplétif de l'État qui est remis en question. À cet égard, le rapport Boucher formule les prémisses fondamentales d'une politique sociale où l'État est appelé à devenir autant le mandataire que l'organisateur. Les nombreuses recommandations — plus de soixante-dix — proposent une stratégie nouvelle en matière de bien-être. « À l'habitude de considérer le bien-être social comme un monde en soi sans lien avec les autres ministères ou le secteur privé, le rapport Boucher suggère de considérer le bien-être comme faisant corps avec la croissance économique et le progrès social »[3].

Les recommandations sont explicites. Tout en demandant à l'État de définir une politique sociale cohérente, le rapport suggère également au Québec de « se reconnaître en théorie et en pratique un rôle de plus en plus dynamique et créateur en matière de sécurité sociale et notamment en matière d'assistance à domicile. » Pour pouvoir réaliser ce mandat, Québec « devrait poursuivre et intensifier ses efforts pour que le gouvernement du Canada se retire des programmes conjoints d'assistance sociale et compense, par un élargissement du champ de taxation, les charges accrues qui en découleraient... »[4]. Le rapport s'aligne sur les fondements même de la Révolution tranquille. L'assistance publique doit s'inscrire parmi l'ensemble des initiatives de prise en charge du développement économique et social du Québec. Dans le domaine de l'assistance comme pour l'ensemble du développement économique, l'État du Québec doit jouer un rôle moteur.

« Le comité tient à reconnaître que certaines initiatives du gouvernement entrent exactement dans la perspective évoquée par la recommandation (qui suggère l'application d'une politique économique et sociale d'ensemble). Elles font partie d'une action à longue portée, la seule susceptible d'atteindre à leur racine même les maux économiques et sociaux dont les montants croissants d'assistance financière ne sont que l'indice et la conséquence. Le Comité songe par exemple au conseil d'orientation économique, à la Société générale de financement, à ARDA (pour l'aménagement des ressources et le développement agricole), à la nationalisation de l'électricité et à la politique d'éducation. »

Au chapitre de l'assistance sociale, le rapport reconnaît l'universalité des besoins. On recommande au gouvernement de reconnaître « le principe selon lequel tout individu dans le besoin a droit à une assistance de la part de l'État, quelle que soit la cause immédiate ou éloignée de ce besoin. »[9] Aux principes de la charité publique, on substitue donc la notion de justice sociale. Le rapport préconise aussi l'abrogation de la Loi de l'assistance publique et son remplacement par une Loi générale d'assistance sociale qui « devrait former un tout intégré et adapté aux nécessités actuelles et futures du bien-être. »[10] Par conséquent, les lois administrées par la Commission des allocations sociales devraient être abrogées et refondues au sein d'une seule législation. Il serait ainsi possible de mieux administrer un programme cohérent d'assistance à domicile, d'uniformiser la réglementation et d'éviter « le cloisonnement, le chevauchement, les complications et les délais inutiles. »[11]

Dans sa présentation générale et ses aspects particuliers, le rapport Boucher propose donc au gouvernement d'organiser et de gérer la sécurité sociale. Ce mémoire aura des incidences majeures sur l'orientation de la politique sociale du Québec au cours des années ultérieures.

Un an après la publication du rapport Boucher, le gouvernement crée le Conseil supérieur de la famille, organisme rattaché au ministère de la Famille et du Bien-être social. Le Conseil supérieur poursuit trois buts, comme le signale son secrétaire permanent : assurer une liaison permanente, unifiée et symbolique entre les familles québécoises et les responsables gouvernementaux ; représenter officiellement l'ensemble des familles du Québec auprès des ministères ; orienter ou suggérer le maintien ou la création de services publics et privés d'intérêt familial jugés nécessaires en vue de la satisfaction des besoins et aspirations de la famille québécoise.

En 1965, la nomination de René Lévesque au ministère de la Famille et du Bien-être social va accélérer la poursuite des objectifs formulés dans le rapport Boucher. À cette époque, le gouvernement a déjà commencé à récupérer des champs de sa juridiction au moyen de la formule d'option. Lorsque Lévesque déclare au journal Le Devoir, le 30 novembre 1965, que le rapport Boucher est sa Bible, sa position paraît sans équivoque. À la conférence sur la pauvreté, tenue à Ottawa, au mois de décembre suivant, il affirme : « Notre objectif devrait donc être de nous attaquer à la fois aux conséquences de la pauvreté, peu importe comment elle est définie, et à toutes ses causes. De cette façon, nous conjuguerions efficacement les mesures à courte, à moyenne et à longue portées. C'est la perspective dans laquelle le Québec se situe. »[11]

Conformément aux recommandations du rapport Boucher, la lutte contre la pauvreté est amorcée selon une perspective globale. René Lévesque dira à la même conférence de décembre 1965 : « [...] L'assistance peut et doit [...] devenir un instrument positif de réhabilitation sociale et humaine en se conjugant à une aide sous forme de services personnels ou communautaires, en étant adapté aux besoins de la personne ou de la famille assistée et en perdant quelque peu ce caractère d'automatisme administratif aveugle qui engendre et nourrit la dépendance sociale dans un trop grand nombre de cas [...] Évidemment, l'assistance sociale est forcée de prendre la relève d'une économie mal organisée, peu concurrentielle et peu dynamique. Mais dans la mesure où l'on s'occupe d'exercer une action profonde sur l'économie elle-même, il importe que la politique d'assistance soit agencée de façon à pousser aussi loin qu'il est possible la réhabilitation et la mobilité des travailleurs ou de ceux qui peuvent le devenir, et ainsi redonner leur fierté humaine aux assistés sociaux qui l'auraient perdue et les rendre plus rapidement aux circuits productifs. Une telle politique implique que des ressources importantes soient consacrées à identifier les facteurs qui ont contribué à l'apparition de cas individuels ou collectifs d'assistance. Cette identification des causes permet alors de recourir à ceux des services gouvernementaux qui peuvent corriger la situation. »[12]

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement adopte une stratégie complexe. Il agira dans quatre champs prioritaires : les allocations familiales et scolaires, l'assistance financière, les services sociaux, la décentralisation et la régionalisation du système administratif.

Au chapitre des allocations familiales et scolaires, le gouvernement désire doubler l'allocation aux étudiants de 16 et 17 ans et étendre la mesure à ceux de 18 ans. Il veut augmenter aussi les prestations aux enfants de 13 à 15 ans. Cette volonté donnera lieu à la Loi sur les allocations familiales en 1967. L'étude des problèmes d'assistance conduira à l'adoption de la Loi sur l'aide sociale en 1969.

En matière de services sociaux, l'État veut administrer la sécurité et l'assistance sociales tout en utilisant les ressources nécessaires pour favoriser la réadaptation. On apporte une attention particulière à la protection de l'enfance et de la jeunesse (services de probation, service social scolaire, cliniques d'aide à l'enfance, cours de bien-être, centres d'accueil, écoles de protection et des foyers nourriciers).

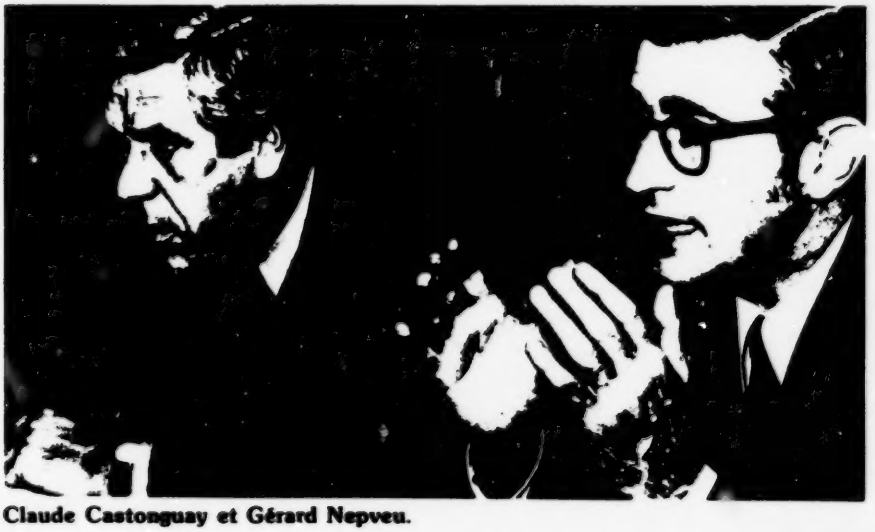
Enfin, au niveau administratif, le gouvernement s'associe à des organismes de planification et d'action communautaire, finance des projets pilotes, assume un service rapide de dépannage aux agences et met sur pied un système d'information. Tout cet attirail de mesures doit être réalisé sans la collaboration du fédéral, comme le laisse sous-entendre le mémoire du gouvernement provincial à la conférence fédérale-provinciale sur le Plan canadien d'assistance publique, en janvier 1966.

Le Régime de rentes et la Caisse de dépôt et de placement: la fonction de l'économie et du social

Le gouvernement introduit deux mesures importantes en 1965 : l'une, financière, la Caisse de dépôt et de placement ; l'autre, sociale, le Régime de rentes. Qualifiée par Lesage de « l'instrument financier le plus important et le plus puissant que l'on ait eu jusqu'ici au Québec »,[11] la Caisse de dépôt et de placement doit jouer un rôle majeur.

Les objectifs de la Caisse sont explicites. Indépendante dans son intervention, elle doit coordonner ses opérations en fonction de la politique économique gouvernementale. La Caisse reçoit comme mandat d'accumuler des fonds venant des cotisants et de placer cet argent en obligations ou en actions. Une portion de ces sommes sera utilisée pour financer le régime de retraite et une autre pourra servir de levier économique afin d'augmenter la croissance en stimulant des méga-projets ou en investissant dans des entreprises.

Parallèlement à la création de la Caisse, le gouvernement adopte la Loi sur le régime de rentes du Québec (1965). Le Régime de rentes et la Caisse de dépôt et de placement s'inscrivent dans une offensive québécoise visant à limiter les interventions du fédéral dans le secteur des caisses de retraite. Au régime universel centralisé préconisé par Ottawa, le Québec oppose son propre programme dans lequel la Caisse de dépôt et de placement devient le pendant du Canadian Pension Fund. *Toutefois, la Caisse constitue un instrument beaucoup plus flexible que son homonyme fédéral. En effet, elle s'avère l'infrastructure principale de la création du Régime de rentes mais également des nombreuses autres régies sociales qui vont éclore au fil des ans.*



Claude Castonguay et Gérard Nepveu.

L'ébauche de l'assurance-maladie: la Loi d'assistance médicale

Malgré le rejet par les autorités québécoises du régime de pension du Canada proposé par Judy Lamarsh en 1962, l'intervention du fédéral en matière de sécurité sociale se poursuit. Le discours du Trône d'avril 1965, à la Chambre des communes d'Ottawa, annonce aux Canadiens et aux gouvernements provinciaux la mise en place d'un régime à frais partagés d'assistance publique. On veut créer un programme d'ensemble de services de santé. Ainsi, après plusieurs années de discussions, l'assurance-santé est inscrite à l'ordre du jour.

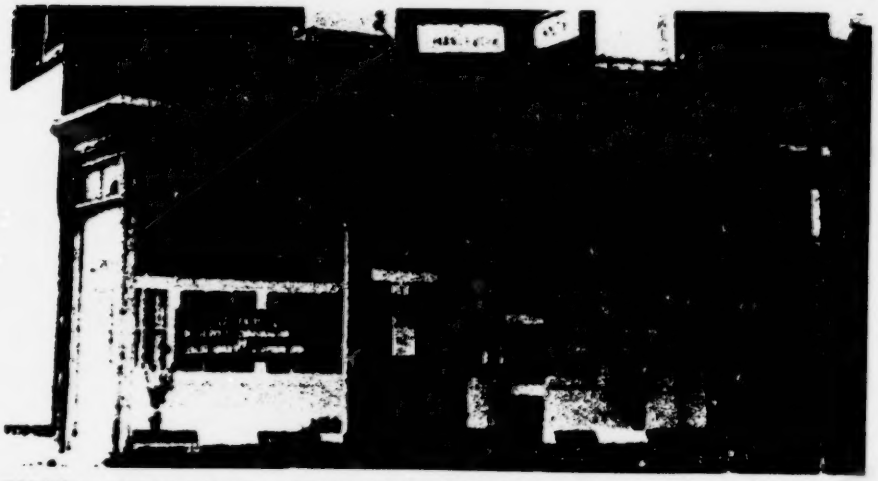
Déjà, en mars 1965, Lesage avait mandaté Claude Castonguay pour étudier, au sein d'un comité dont il occupe la présidence, les possibilités d'instaurer un programme québécois d'assurance-santé. Désirant prévenir, sinon minimiser, les incursions du fédéral dans un champ de juridiction provinciale, le Québec exprime l'intention d'utiliser la formule d'option comme il l'avait fait dans le cas du Régime de rentes. Dans les relations fédérales-provinciales, l'assurance-maladie figure alors au même titre que toutes les autres actions entreprises par le gouvernement québécois en vue d'obtenir de la part du fédéral des dispositions fiscales plus appropriées à ses besoins.

La politique du gouvernement québécois en matière d'allocations familiales s'inscrit dans la même stratégie; le Québec réclame les sommes versées aux particuliers par le Fonds du Trésor, ce qui signifie la perte de ce champ de juridiction. Ottawa risque donc de voir diminuer graduellement son emprise dans plusieurs domaines.

Dans cette conjoncture, l'arrivée des trois colombes québécoises (Trudeau, Pelletier et Marchand) à Ottawa attise le débat. À partir de ce moment, le fédéral consent à céder le domaine social aux provinces mais il conserve sa chasse gardée, la politique économique et fiscale. Dorénavant, pour marchander, on ne pourra plus invoquer la menace d'une double imposition ou l'argument des besoins prioritaires. Au lieu de champs d'imposition directe, le fédéral cède 50 pour cent de l'impôt sur le revenu des particuliers et laisse au Québec la possibilité de lever ses propres impôts en fonction de ses priorités.

C'est dans ce contexte tumultueux que l'on adopte la Loi sur l'assistance médicale. Le fédéral consent à payer la moitié des coûts, moins les frais administratifs, pour permettre l'institution de cette mesure. Une fois le programme établi, la clause de non-participation devient alors effective.

Le système d'assistance médicale et chirurgicale s'adresse aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux personnes à leur charge. Il couvre les honoraires des médecins et les coûts des examens diagnostics (radiographies, laboratoires, etc.) exécutés sous ordonnance médicale dans les services des consultations externes des hôpitaux québécois. La Loi sur l'assistance médicale représente la première incursion du provincial dans un secteur qui lui avait précédemment échappé: la pratique professionnelle.



L'édifice de la clinique Pointe Saint-Charles, en 1968. Selon plusieurs, la clinique aurait inspiré le modèle du CLSC.

La formation de la commission Castonguay-Nepveu

En novembre 1966, Québec crée la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, mieux connue sous le nom de commission Castonguay-Nepveu. Elle reçoit comme mandat d'étudier l'intégration du domaine de la santé au sein d'une politique globale de sécurité sociale. Entre 1966 et 1972, la Commission présente au gouvernement nombre d'études sur la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu. Elle est à l'origine de la création de la Régie de l'assurance-maladie, en 1969. Organisme administratif, la Régie est instituée pour mettre en place le régime d'assurance-maladie qui doit remplacer la Loi de l'assistance médicale de 1966. Les conclusions de la Commission auront aussi pour conséquence majeure la création du ministère des Affaires sociales en 1970.

En 1969, on regroupe une seule loi, la Loi de l'aide sociale, les diverses législations relatives à l'aide aux aveugles, aux invalides, aux personnes âgées de plus de 60 ans et aux mère nécessiteuses. Les catégories sont abolies au profit du noyau fondamental : la famille. Comme le rapport Boucher le stipulait, la loi tente d'offrir un secours direct tout en prévoyant une réinsertion éventuelle de l'assisté au monde du travail. L'abandon d'un emploi, le refus de réadaptation ou d'adhérer à un plan de réinsertion sont dorénavant les seules causes qui peuvent entraîner la suspension de l'aide. À cet égard, le gouvernement met sur pied une commission d'appel qui statue sur toutes les modalités relatives au bien-être social.

---

1 ***Serge Mongeau, Évolution de l'assistance au Québec**, p. 98.*
2 **Ibid., p. 99.**
3 **Ibid., p. 84.**
4 **Ibid., p. 90.**
5 ***Québec Province, Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique**, p. 98.*
6 **Ibid., p. 215.**
7 **Ibid., p. 216.**
8 **Ibid., p. 202.**
9 **Ibid., p. 208.**
10 **Ibid., pp. 121, 122.**
11 ***René Lévesque, Conférence fédérale-provinciale sur la pauvreté, 7 au 10 décembre 1965**, pp. 26-27.*
12 **Idem.**
13 ***François Moreau, Le capital financier québécois**, p. 57.*
14 ***D.C. Thompson, Jean Lesage et la Révolution tranquille**, p. 500.*

6

L'application d'une politique globale de sécurité sociale (1970-1986)

partir de 1970, le mouvement enclenché antérieurement prend une tournure différente. Pour remplacer la kyrielle de lois et de programmes sectoriels, la commission Castonguay-Nepveu propose une politique globale. À la médecine curative et à l'assistance supplétive, la Commission oppose la médecine préventive et des mesures pour prévenir les problèmes d'assistance. Dans une perspective autant sociale qu'économique, le concept de soins recouvre autant l'hygiène, l'alimentation, la santé physique, la santé mentale que le droit à disposer d'un revenu minimum pour vivre. La Commission parle donc de lutte contre la pauvreté, la maladie et l'insuffisance de revenus. Elle propose la mise sur pied d'un régime complet d'assurance-maladie offrant une accessibilité universelle à des soins et des services complets, complémentaires et de qualité.

La création du ministère des Affaires sociales en 1970, qui remplace le ministère de la Famille et de la Jeunesse, illustre la volonté intégrative du gouvernement. Il réunit dorénavant dans un seul portefeuille les secteurs de la santé, de la famille, des services sociaux et de la sécurité du revenu. De plus, il encourage la participation de la population au système de soins et d'assistance.

Malgré la valeur et l'ampleur des réformes entreprises entre 1970 et 1976, on constate un décalage considérable entre les objectifs poursuivis et les résultats obtenus. La réforme semble avoir renforcé au lieu de contrecarrer les problèmes des institutions de soins et ceux d'assistance. Le régime d'assurance-maladie, instaurant la gratuité des soins, a comme conséquence d'accroître la demande pour les soins curatifs qui, elle-même, accélère la course à la formation professionnelle et fait ressortir la dominance du travail sanitaire sur la prévention. Au lieu de régler les problèmes financiers des centres hospitaliers, l'application des programmes contribue à les accroître. La prise en charge par le milieu de la santé et de l'assistance est freinée par une trop grande centralisation. Malgré ces obstacles, la réforme génère des améliorations indéniables: l'accès gratuit et universel à des soins de qualité et diversifiés; l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles qui favorisent la multidisciplinarité; la mise en place de mécanismes qui ont permis, à ce jour, de contrôler de façon satisfaisante la croissance des coûts.

Vers une politique globale

L'assurance-hospitalisation, créée en 1961, tarde à faire ses preuves. La bureaucratie formée pour administrer ce plan ne devient réellement fonctionnelle qu'à partir de 1967. Il en va de même pour la Loi sur les hôpitaux, adoptée en 1962 à la suite de plusieurs scandales dénoncés dans la gestion des fonds de certains hôpitaux. Cette loi visait à réorganiser les conseils d'administration et à standardiser les relations entre les hôpitaux, le gouvernement et les divers groupes travaillant dans l'hôpital. Malgré la loi, le milieu hospitalier connaît plusieurs ratés qui alourdissent ses coûts d'opération. Il faut attendre 1969 pour voir l'adoption des règlements devant régir l'organisation interne de l'hôpital.

La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (commission Castonguay-Nepveu) n'échappe pas non plus aux aléas de la conjoncture politique. Constituée au départ par Lesage pour contrer le plan d'assistance publique mis de l'avant par le fédéral, la Commission se voit mandater par le gouvernement de l'Union nationale en 1966 d'examiner l'ensemble des secteurs de la santé, du bien-être social et de la sécurité du revenu « sans aucune restriction quant aux questions qui devaient être examinées ». La grève des hôpitaux, en 1966, celle des radiologistes l'année suivante et la publication du premier volume de la Commission recommandant l'adhésion au programme fédéral d'assurance-maladie, de même que l'imposition de la « taxe du progrès social » pour financer le plan, obligent le gouvernement Johnson à s'impliquer davantage en matière de santé et de bien-être.

Claude Castonguay et André Lemieux, directeur du premier CLSC Hochelaga-Maisonneuve.
CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Les travaux de la commission Castonguay-Nepveu (1966-1972)

Dès les débuts, la Commission s'intéresse à la question de l'assurance-maladie. À cet égard, elle peut profiter des travaux du Comité de recherche sur l'assurance-santé que présidait Claude Castonguay en 1965. En 1967, elle publie son premier volume, consacré à l'assurance-maladie. Entre 1967 et 1970, la Commission enquête sur la santé, les professions et la sécurité du revenu. En 1970, l'ensemble des textes relatifs à ces questions sont rédigés. Au printemps de la même année, elle a compilé seize des vingt-huit annexes que contiendra le rapport final ; on y retrouve l'inventaire des ressources, des propositions quant à l'organisation et la réglementation des professions et des prévisions sur les coûts de l'instauration d'un régime de revenu minimum garanti.

L'organisation des services sociaux est étudiée après 1970. En 1971, la Commission publie le volume III, consacré au développement social. L'année suivante, elle diffuse dans le volume IV sa stratégie pour planifier, organiser et administrer les services sociaux. Ainsi, commencés en 1966, les travaux de la Commission se termineront en 1972. Depuis déjà deux ans et grâce à un support politique inégalé, les réformes sont entreprises.

La réforme des années 1970 : l'application des recommandations de la commission Castonguay-Nepveu

La nomination de Claude Castonguay au ministère de la Famille et du Bien-être social marque le véritable début de la réforme. Une des premières réalisations, outre le régime d'assurance-maladie, est la création, en décembre 1970, du ministère des Affaires sociales. Le gouvernement regroupe ainsi en un seul portefeuille les secteurs de la santé, de la famille et du bien-être social. « Le MAS se voit confier un rôle de leader, établissant les priorités, planifiant, mettant en route les programmes, les contrôlant et les évaluant. » Cette nouvelle structure appelle l'implantation de nouveaux organismes institutionnels en 1972 à la suite de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dont les plus importants sont : les centres locaux de services communautaires (CLSC), les départements de santé communautaire (DSC), les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) et, en 1973, l'Office des professions du Québec (OPQ).

À court terme, la création du ministère des Affaires sociales amène la suppression de toutes les dépenses relatives aux immobilisations hospitalières et l'adoption de la formule du « budget global » pour les hôpitaux (l'allocation interne des fonds relève dorénavant du conseil d'administration de l'hôpital).

Le CLSC Basse-Ville sur le boulevard Langelier à Québec.

Une vision globale de la santé et de l'assistance

Les réformes entreprises par le ministère des Affaires sociales débordent le cadre traditionnel de la médecine curative et de l'assistance supplétive. L'assurance-maladie, la sécurité du revenu et les services sociaux composent les trois volets de la politique d'ensemble. La pauvreté a des répercussions autant sociales qu'économiques. La lutte contre la pauvreté, la maladie et l'insuffisance de revenus est donc entreprise sur plusieurs fronts.

Avec l'instauration de l'assurance-maladie universelle, l'État tente aussi « de corriger les excès de la médecine libérale, toute entière axée sur l'approche curative individuelle, spécialisée et coûteuse ». Le concept de soin est élargi. Il recouvre autant l'hygiène, l'alimentation, l'éducation physique, le dépistage des maladies que les mesures instituées pour aider les populations les plus défavorisées de la société (personnes âgées, malades chroniques et handicapés). L'élimination des disparités constitue une des priorités de l'État :

« La santé de certains groupes défavorisés et les facilités de traitement dans certaines zones urbaines et rurales isolées [...] doivent constituer la première préoccupation des pouvoirs publics. Les groupes défavorisés doivent bénéficier non seulement d'un accès égal et universel aux soins, mais aussi de soins plus complets et mieux adaptés [...]. »[1]

À brève échéance, l'accent mis sur les populations à risque comme les nouveau-nés, les handicapés physiques et mentaux et les personnes âgées va amener le Ministère à adopter des lois cadres pour protéger et défendre les droits de chacun de ces groupes.

La résidence Maison-Neuve, résidence et centre de jour pour personnes âgées sur la rue Nicolet à Montréal.

Dîner communautaire offert chaque jour aux personnes âgées en 1974 (programme du CLSC Hochelaga-Maisonneuve).
CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Avion-ambulance Valentine-Lupien.

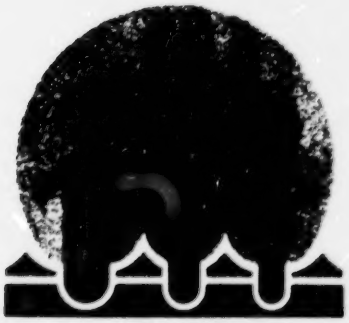
Le concept de soins englobe dorénavant les services de santé scolaire, les services d'aide à la jeunesse, l'hygiène mentale et la réadaptation. Il intègre également les secteurs de l'activité médicale. On prône désormais une « médecine globale communautaire » par opposition à la médecine curative et individuelle.

La mise en place du programme et ses conséquences

La Loi sur l'assurance-maladie et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, votées respectivement en 1970 et 1971, amorcent un changement fondamental. Elles renferment les nouveaux paramètres qui guideront l'action du Ministère.

« La première permet l'accessibilité financière par la gratuité des soins médicaux, de chirurgie buccale et optométrique; la seconde élargit ce concept car elle sous-entend une politique d'accessibilité universelle à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité; l'accessibilité géographique à ces soins et services devient primordiale. En outre, cette loi vise à l'implantation d'un ensemble de services de santé et de services sociaux facilitant ainsi l'élaboration — tant au niveau local que régional — des programmes qui tiennent compte des interrelations entre les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les difficultés économiques des citoyens ».[4]

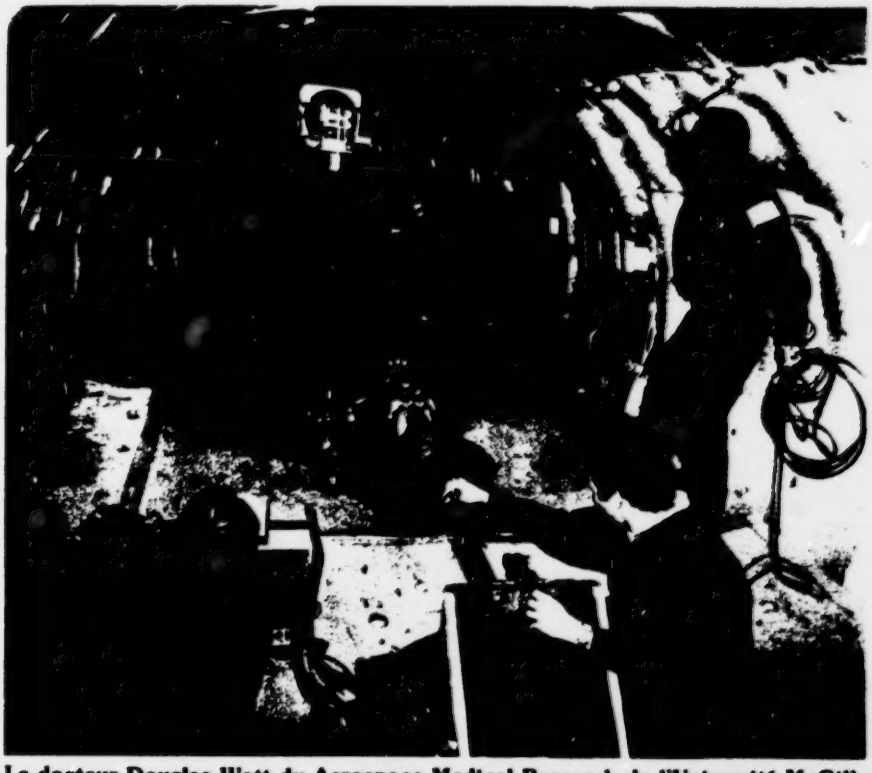
Cette politique d'ensemble amène, en 1972, l'adoption de la législation sur la protection de la santé publique qui remplace les lois relatives à l'hygiène publique, aux maladies vénériennes et à la tuberculose. À la même époque, on favorise aussi l'introduction d'une mesure de protection pour le malade mental. La loi, votée en 1972, définit les droits de cette clientèle. L'internement des personnes est supervisé désormais par une Commission de révision. Cette dernière est habilitée à statuer sur les fondements et les modalités de l'internement. En 1973, le législateur crée le régime des allocations familiales qui complète, avec le régime d'allocations sociales institué en 1971, la mise en place d'une politique de sécurité du revenu. Dans la même année, Québec institue également le Code des professions et crée un nouvel organisme public, l'Office des professions du Québec, dont le premier mandat est d'assurer la protection du public. L'année suivante, la Commission des Affaires sociales est constituée. Différentes lois relatives à la protection de certaines catégories de la population sont adoptées. À ce chapitre, l'État adopte la Loi sur la protection de la jeunesse (1978) et la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (1979). Il légifère également sur les services de garde à l'enfance et sur la santé et la sécurité du travail (1979).



Au Québec,

faut se tenir...en santé

Une campagne de promotion de la santé qui a connu beaucoup de succès (fin des années 70).



Le docteur Douglas Watt du Aerospace Medical Research de l'Université McGill, travaillant sur les maladies de l'espace en collaboration avec la NASA.

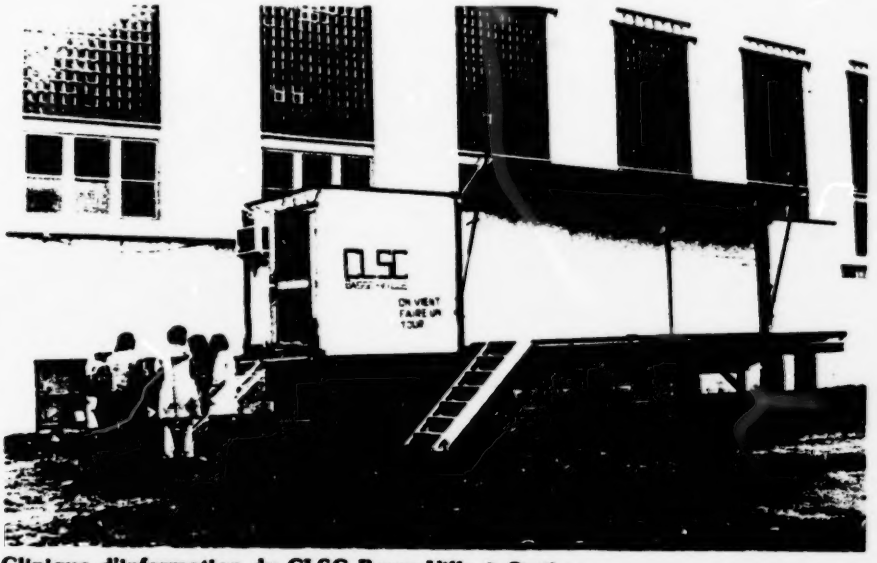
Monsieur Claude Castonguay avec des cadres de son ministère, vers 1972.

Deux fois par semaine, au Foyer de Farnham, les personnes âgées se mettent en forme (1975).

Le ministère des Affaires sociales: un appareil bureaucratique imposant

À partir de 1970, le ministère des Affaires sociales s'avère l'initiateur, l'organisateur, le coordonnateur, le planificateur, l'administrateur et l'évaluateur de l'ensemble des politiques et des programmes placés sous sa responsabilité. Il centralise l'ensemble des décisions et des budgets de santé et d'assistance.

Au cours de la décennie 1970, le Ministère s'adjoint neuf organismes: le Conseil des affaires sociales et de la famille, le Conseil consultatif de pharmacologie, l'Office des personnes handicapées du Québec, le Fonds de la recherche en santé du Québec, la Corporation d'hébergement du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale, la Régie de l'assurance-maladie du Québec et la Régie des rentes du Québec.



Clinique d'information du CLSC Basse-Ville à Québec.

Visite à domicile post-natale au CLSC du Fjord à Ville de la Baie au Saguenay.

Le réseau des Affaires sociales

Le réseau des Affaires sociales comprend plus de 800 établissements regroupés en quatre catégories: les centres hospitaliers, les centres d'accueil, les centres locaux de services communautaires et les centres de services sociaux. Les centres hospitaliers accueillent des personnes autant pour des fins de prévention et de diagnostic, que pour le traitement et la réadaptation physique ou mentale. On en compte deux catégories: les centres hospitaliers de soins de courte durée et les centres hospitaliers de soins de longue durée.

Une trentaine d'hôpitaux disséminés sur le territoire québécois sont dotés d'un département de santé communautaire (DSC). Le DSC est orienté vers la communauté. Il s'occupe notamment d'épidémiologie, d'immunisation, de santé maternelle et infantile, de santé dentaire, de santé au travail, de nutrition, etc. Comme les centres locaux de services communautaires (CLSC), avec qui il travaille de concert, le DSC constitue un rouage important dans la mise en place de mesures préventives.

Au niveau local, le CLSC dispense des services de santé et des services sociaux de premiers recours, des services en milieu scolaire, des soins à domicile, supporte les actions communautaires, se fait le promoteur de la santé au travail, de l'hygiène maternelle et infantile, de la planification des naissances, de la bonne alimentation et vise une plus grande maîtrise du milieu sur la pratique socio-sanitaire.

Diététique en milieu pré-scolaire.

L'activité des centres de services sociaux (CSS) s'adresse particulièrement aux personnes qui font face à des besoins sociaux d'adaptation ou de protection. Ces organismes remplissent quatre fonctions principales: la protection de la jeunesse, la protection des adultes et des personnes âgées, les services sociaux institutionnels et le développement de ressources légères.

Le réseau des Affaires sociales comprend également les centres d'accueil. Ces établissements offrent des services internes, externes ou à domicile pour loger, entretenir, garder en observation, traiter ou permettre la réintégration sociale des personnes en perte d'autonomie. Ils sont regroupés en deux grandes catégories. Les centres d'hébergement reçoivent généralement les personnes âgées diminuées physiquement ou psychiquement. Pour leur part, les centres de réadaptation s'adressent à quatre clientèles: les jeunes qui vivent avec des problèmes de mésadaptation sociale, les personnes handicapées mentales, les personnes handicapées physiques et les alcooliques et toxicomanes.

Clinique post-natale à l'Hôpital de l'Ungava.

S'ajoutent les organismes bénévoles de maintien à domicile, les organismes de promotion et de services à la communauté, les centres de dépannage pour femmes en difficulté et les maisons de jeunes. Ces organismes sont indépendants ; ils sont, pour la plupart, subventionnés par le Ministère.

Enfin, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) doivent « assurer une représentation régionale des intérêts et des besoins de la population, veiller à la prise en charge régionale progressive de l'organisation et de l'utilisation des ressources et services socio-sanitaires, susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements, recevoir et entendre les plaintes des usagers. »[5]

Hôpital de Povungnituk à la Baie d'Hudson.

La réforme ne donne pas les résultats escomptés

Malgré tous les efforts, les résultats sont mitigés. La réforme renforce certaines situations au lieu d'y remédier. Le phénomène n'est d'ailleurs pas particulier au Québec puisqu'il caractérise l'évolution des institutions et des professions sanitaires dans le monde occidental. L'arrivée de toute une nouvelle génération de technocrates et de professionnels, au lieu de permettre une prise en charge de la santé par le milieu, encourage une plus grande centralisation du processus de décision dans les mains des fonctionnaires de l'État et des professionnels de la santé. L'application du régime d'assurance-maladie entraîne une croissance des soins curatifs et une dépendance plus grande de la population envers un appareil médico-hospitalier de plus en plus envahissant et coûteux. Le régime ne contribue donc pas dans l'immédiat à solutionner les problèmes financiers causés par la montée des coûts et des actes médicaux. Au contraire, le système provoque une amélioration de la course à l'autonomie professionnelle, à la spécialisation et rehausse le prestige du médecin et la domination de la profession médicale dans l'appareil sanitaire.

Monsieur Claude Brunet (à l'avant) ainsi que les sept autres membres du premier comité des malades, auteurs du livre *Nous les oubliés*.

La décentralisation

À partir de 1977, émerge une volonté plus grande de décentralisation qui permet aux organismes et aux intervenants du réseau de jouer une part plus active. L'idée d'un système de santé hiérarchisé et centralisé fait place, sous l'effet combiné de la crise économique et de la montée des coûts de la santé, « à la perception d'un système socio-sanitaire complexe où plusieurs acteurs, ayant leur rationalité propre, sont en compétition les uns avec les autres ». Le ministère des Affaires sociales « ... en est arrivé, ces dernières années, à une étape essentielle de consolidation et de rationalisation de ses interventions en matière de santé publique et de services sociaux, dans une optique de complémentarité entre établissements ». Malgré sa volonté de décentralisation, le Ministère conserve encore toute son autorité politique et administrative. Ce n'est en fait que tout récemment, depuis 1981, que plusieurs mandats ont été délégués aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

L'amorce de décentralisation du Ministère en 1977 et la crise économique du début des années quatre-vingt provoquent des ajustements, mais non une remise en question du bien fondé du régime d'assurance-maladie. Actuellement, en 1985, certains affirment même que la véritable réforme proposée par la commission Castonguay-Nepveu commence à se réaliser. Malgré l'omniprésence du système médico-hospitalier, il s'opère un profond changement dans l'esprit des gens, des professionnels et des administrateurs. La réflexion vient de s'amorcer. L'aspect qualité de vie, santé de la population, hygiène de vie, qualité de l'environnement, milieu de travail sein, lutte à la pollution sont autant d'indices qui expriment une volonté de

changement. La maladie, sauf pour ce qui est d'origine congénitale, est désormais liée à l'environnement, physique et social.

La sécurité du revenu

Avec le début des années quatre-vingt, la sécurité du revenu est graduellement rattachée à la notion de main-d'oeuvre. Ce glissement apparaît comme une conséquence de la crise économique de l'époque. Mais il est aussi indicateur de l'accent que l'on mettra désormais sur la réinsertion sociale (au marché du travail) des bénéficiaires de l'aide sociale aptes au travail; ils sont plus de 300 000 au début de la décennie. Ainsi, la Régie des rentes et la Direction générale de l'Aide sociale passent du ministère des Affaires sociales au ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. En 1985, le ministère des Affaires sociales devient le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Olympiade pour handicapés, Lévis 1975.

---

1 *Marc Renaud*, Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé *dans Sociologie et Sociétés, vol. 9, n° 1, p. 132.*
2 *Frédéric Lesemann, Du pain et des services; la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, p. 97.*
3 *Marc Renaud*, op. cit., *p. 138.*
4 *Frédéric Lesemann*, op. cit., *p. 132.*
5 *Ministère des Affaires sociales, Le système de santé et de services sociaux, p. 11.*
6 *Entrevue réalisée avec Jean-Claude Deschênes, sous-ministre des Affaires sociales de 1977 à 1985, le 11 novembre 1985.*
7 Idem.

En 1886, un mouvement s'amorce qui viendra, au cours du XX^e siècle, modifier les traditions d'aide et d'assistance. Ce passage d'une responsabilité individuelle et familiale, basée sur les solidarités ancestrales, à une responsabilité collective correspond à la montée graduelle du rôle de l'État.

Vue d'aujourd'hui, l'intervention gouvernementale à la fin du XIX^e siècle se fait pourtant bien timide. Elle s'inscrit dans ce que l'on pourrait presque qualifier de lutte pour la survie : combat contre les épidémies, adoption et contrôle des mesures d'hygiène, aide à certaines catégories de démunis.

À cette époque, le Québec s'urbanise. Devant la montée des problèmes de maladie et d'indigence, les institutions de soins et les organismes privés de charité sont incapables de répondre aux nouveaux besoins. Alors que le travailleur agricole pouvait compter sur la famille éloignée et la paroisse en cas de maladie ou d'indigence, le travailleur urbain, coupé de son environnement familial, s'adapte difficilement.

La fin du XIX^e siècle, c'est aussi l'ère du commerce, de la production industrielle et des vagues d'immigration en provenance d'Europe. Tout ce mouvement multiplie les risques d'épidémies, fréquentes et dévastatrices. Les règles d'hygiène publique sont quasi inexistantes. La pratique médicale reste souvent impuissante devant les fléaux que sont le choléra, la variole, la grippe espagnole, les maladies vénériennes et les maladies infantiles.

Il nous aura donc fallu moins d'un siècle pour paser de la « lutte pour la survie » à la « lutte pour la qualité de vie ». Dans le discours sanitaire d'aujourd'hui, la santé a remplacé la maladie ; tout le monde s'entend sur les mérites de la prévention. Certes, nous vivons dans un « régime d'assurance-maladie » et le système hospitalier demeure encore largement l'endroit par excellence où se règle et se gère les problèmes de santé. Cependant, on se préoccupe de plus en plus d'environnement, d'alimentation, d'habitudes de vie, d'activité physique.

La croissance des coûts pour des soins curatifs amène aussi les dirigeants à s'interroger. De même, l'aspiration au mieux-être a permis de prendre conscience qu'aucune panacée pharmacologique, qu'aucun suivi professionnel ne remplace un contexte de vie ou l'individu se retrouve en harmonie avec son environnement.

Dans ce sens, une autre « réforme » est sans doute à venir.

Bibliographie sélective

ANGERS, François-Albert. *La sécurité sociale et les problèmes constitutionnels*. Annexe III du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (commission Tremblay), vol. 2. Québec, Éditeur officiel, 1955, 145 p.

ARÈS, Richard. *Socialisme et justice sociale* dans *Relations*, vol. 18, n° 214, octobre 1958, pp. 260-264.

BEAUPRÉ, L. *Comment meurt la charité privée* dans *Bien-être social canadien*, vol. 4, n° 4, septembre 1952, p. 9.

BLUTEAU, Marc-André et CÔTÉ, Louise. *Histoire du régime de rentes du Québec*, à paraître, 150 p.

BLUTEAU, Marc-André. *Les facteurs de déclin de l'industrie de la chaussure (1890-1940)* dans *Les métiers du cuir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1981, 650 p. (Collection Ethnologie de l'Amérique française).

BOURASSA, Henri. *Des mauvaises lois* (Loi de l'assistance publique) dans *Le Devoir*, 26 mars 1921, p. 6.

BRUNET, Jacques. Entrevue réalisée le 14 novembre 1985, Québec.

CANADA. Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces (commission Rowell-Sirois), 1940.

CANADA. Comité mixte d'enquête du Sénat et de la Chambre des communes sur les pensions de vieillesse, 1950.

CANADA. Comité mixte d'enquête du Sénat et de la Chambre des communes sur les pensions de vieillesse, 1956. Procès-verbaux et témoignages, Ottawa, 1950, 31 fascicules (fascicules 1 à 31 : d'avril au 21 juin 1956).

CANADA. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la santé* (commission Hall), 1964.

D'ALLAIRE, Micheline. *Histoire sociale d'une communauté en Nouvelle-France, l'Hôpital général de Québec, 1692-1764*. Thèse de Ph.D. (Histoire), Université d'Ottawa, 1968, 674 p.

DE LA BROQUERIE FORTIER. *Les enfants trouvés sous les régimes français et anglais au Canada français*, 1608-1850, Laval médical, 1962, p. 532.

DESCHÊNES, Jean-Claude. Entrevue réalisée le 11 novembre 1985, Québec.

DRAPEAU, Stanislas. *Histoire des institutions de charité, de bienfaisance et d'éducation du Canada depuis leur fondation jusqu'à nos jours*. Tome I, Hôpitaux, Ottawa, Imprimé du Foyer domestique, 1878, 88 p.

DUPIRE, L. *Le Devoir*, 21 décembre 1918, p. 1.

DYCK, P.R. *Poverty and policy-making in the 1960's : The Canada Assistance Plan*. Thèse de Ph.D. Queen's University, 1973, 2 volumes.

DUMONT-JOHNSON, Micheline. *Des garderies au XIX^e siècle : Les salles d'asile des soeurs grises de Montréal* dans *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 34,1, Juin 1980, pp. 27-56.

FECTEAU, Jean-Marie. *Pauvres, indigents et assistés au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1976.

FOLEY, Michael, KEEL Othman & LIMEGES, Camille. *Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique 1865-1875*, dans *Journal of the history of Canadian Science Technology and Medecine*, Vol. VI, n° 112, Janvier-mai 1982, pp. 24-46 et 85-109.

GRARD, Carmen. *Étude de la législation sociale de la province de Québec 1900-1921*. Thèse de M.A. (service social), Québec, Université Laval, 1955, 152 p.

GIROUARD, Albini. *Un service social du diocèse de Saint-Jean* dans *Le travailleur social*, Vol. 23, n° 3, 1955.

GIROUX, Germain. *Québec et les Rapports Bennedge et Marsh*, École supérieure de commerce, Université Laval, Québec, 1944, 5 f.

GODBOUT, Pauline. *Étude de la législation sociale de la province de Québec 1921-1939*. Thèse de maîtrise (service social), Québec, Université Laval, 1954, 132 p.

GRAUER, H.E. *Assistance publique et assurance sociale*. Étude preparée par la Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces (commission Rowell Sirois). Ottawa, 1939, 110 p.

GUEST, Dennis. *The Emergence of Social Security in Canada*. Vancouver, University of British Columbia, 1980, 257 p.

GUILLEMAND, Anne-Marie. *La vieillesse et l'État*. Paris, PUF, 1980, 238 p.

HARVEY, Fernand. *Préliminaires à une sociologie historique des maladies mentales au Québec* dans *Recherches sociographiques*, 14,1, Janvier-avril 1975, 113-117.

LANGELIER, F. *Nos institutions municipales vengées* dans *L'Éducateur*, 21 octobre 1985, p. 1.

LEBLOND, S. *La législation médicale à la période française* dans *Trois siecles de médecine québécoise*. Cahiers de la Société historique de Québec, 1970.

LEBLOND, S. *La médecine dans la province de Québec avant 1847*. Cahiers des dix, 1970, pp. 78.

LECLERC, F. et GAUVIN, G. *Évolution de l'assistance sociale dans la province de Québec*. Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, Québec, 191, 240 p.

LEMOINE, Réjean. *La santé publique*. Cahier d'histoire de la Société historique de Québec, n° 35, 1983.

LEMOINE, Réjean. Série d'articles sur la santé publique dans la ville de Québec dans *Droit de parole*, 1983 à 1985.

LESEMANN, Frédéric. *Du pain et des services, la réforme de la santé et des services sociaux du Québec*. Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981, 230 p.

MELVYN, P. *La sécurité sociale bien tranquille* dans *Social 65*.

MATHEN, Lise. *Étude de la législation sociale du Bas-Canada, 1760-1840*, 1953, 100 p.

MINVILLE, Esdras. *La législation ouvrière et le régime social dans la province de Québec*. Annexe de la Commission royale d'enquête sur les relations entre le Dominion et les provinces, Ottawa, 1939, 98 p.

MINVILLE, Esdras. *L'aspect économique du problème social* dans *L'École sociale populaire*, n° 436.

MONGEAU, Serge. *Évolution de l'assistance au Québec*. Montréal, Éditions du jour, 1967, 123 p.

MOREAU, François. *Le capital financier québécois*. Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981.

PIERRE-DESCHÊNES, Claudine. *La tuberculose au début du XX[e] siècle : problème social et réponse réformiste*. Thèse de M.A., UQAM, 1980, 162 p.

PELLETIER, Michel & VAILLANCOURT, Yves. *Les politiques sociales et les travailleurs*. Cahiers I, II, III et IV.

POULIN, Gonzalve. *L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951*. Annexe II du Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (commisison Tremblay). Québec, Éditeur officiel, 1955, 204 p.

QUÉBEC Province. *Rapport de la Commission d'assurance-maladie de Québec sur le problème des garderies et de la protection de l'enfance*. Québec, 1944, 63 p.

QUÉBEC, Commission d'enquête sur l'assurance-hospitalisation. Cette commission fut constituée en mars 1960. Elle fut absorbée par une des sections de la Régie de l'assurance-hospitalisation le 1[er] janvier 1961.

QUÉBEC Province. Commission d'enquête d'assurance-maladie de Québec.

QUÉBEC Province. *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques* (commission Bédard). Ministère de la Santé, 1962, 157 p.

QUÉBEC Province. *Rapport de la Commission des assurances sociales du Québec* (commission Montpetit). Québec, 1933, 4 volumes, 332 p.

QUÉBEC Province. *Rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique* (comité Boucher). Québec, 1963, 230 p.
Ce comité jette les bases d'une nouvelle orientation des pouvoirs publics dans le domaine du bien-être social. La notion de justice sociale tisse la toile de fond des 71 recommandations.

QUÉBEC Province, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (commission Castonguay-Nepveu), Québec, Éditeur officiel, 1967-1972.

QUÉBEC Province, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels* (commission Tremblay), Québec, Éditeur officiel, 1955.

QUÉBEC Province, *Commission d'enquête sur les services de santé* (commission Sylvestre), Québec, 1957, 9 tomes, 5 volumes, 2 058 p.

QUÉBEC, *Loi de l'assistance publique*, 1921.

QUÉBEC, Ministère des Affaires sociales, *Le système de santé et des services sociaux au Québec*, Québec, MAS, 1985, 71 p.

QUÉBEC, ministère de la Santé, *Historique du ministère de la Santé* dans *Rapport du ministère de la Santé*, Québec, 1966, pp. 11-13.

RENAUD, Marc, *Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé* dans *Sociologie et sociétés*, vol. 9 n° 1.

ROUSSEAU, François, *L'hospitalisation en Nouvelle-France, L'Hôtel-Dieu de Québec, 1689-1698*, Thèse de M.A. (Hist.), Université Laval, 1975, 167 p.

ROY, Huguette Lapointe, *Paupérisme et assistance sociale à Montréal 1832-1865*, Thèse de M.A. (Histoire), Université McGill, 1972, 157 p.

SAUCIER, Roger, *L'hygiène privée et publique au Canada sous le régime français*, Thèse de M.A. (Histoire), Université d'Ottawa, 1969, 189 p. Lettre de L.A. Taschereau, 3 mai 1921 à Mgr Bégin, Archives de l'archidiocèse de Québec, pp. 1-169.

THIBAULT, gilles, *Évolution de la pensée face aux secours directs pour la période de crise de 1929 à 1938*, Thèse de M.A. (Service social), Université de Montréal, 1969, 99 p.

THOMPSON, Dale, *Jean Lesage et la révolution tranquille*.

TOUPIN, Louise, *Histoire de l'administration publique du Québec : le ministère du Bien-être social et de la Jeunesse, 1946-1961 et le ministère de la Famille et du Bien-être social, 1961-1969*, 1971, 98 p.

Remerciements

Nous tenons à remercier Réjean Lemoine, pour ses conseils et commentaires, Jean Benoît, pour sa collaboration à la recherche documentaire et à la rédaction des deux derniers chapitres. Nos remerciements s'adressent également à Marc Vallières et Luc Roussel qui nous ont fait part de nombreuses suggestions.

Il faut enfin souligner la collaboration des personnes et organismes suivants :

• *Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec*	*Soeur Marie-Paule Cauchon* *Soeur Claire Gagnon*
• *Musée du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec*	*Soeur Marie-Jeanne Morin* *Soeur Hélène Boucher*
• *Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Montréal*	*Soeur Nicole Bussières*
• *Archives de la Ville de Québec*	*Monsieur Jocelyn Beaulieu,* *Mme Ginette Noël*
• *Archives nationales du Québec*	*Monsieur Gilles Héon*
• *Hôpital de l'Enfant-Jésus*	*Monsieur Claude Carle*
• *Archives de l'Université McGill*	*Monsieur Robert Michel*
• *Ligue anti-tuberculeuse*	*Monsieur Camille Lessard*
• *Centre hospitalier Robert-Giffard*	*Soeur Lucienne Maheux*
• *Musée de l'Hôpital général de Québec*	*Soeur Corinne Cloutier*
• *Archives de l'Hôpital général de Québec*	*Soeur Juliette Cloutier*
• *Medical Aerospace Research*	*Docteur Doublas Watt*
• *Institut Armand-Frappier*	*Docteur Armand Frappier*
• *Bibliothèque de l'Assemblée nationale*	
• *Corporation pour la mise en valeur de Grosse-Île*	*Monsieur Jean-Marie Dionne* *Soeur Marianna O'Gallagher*
• *CLSC Hochelaga-Maisonneuve*	*Monsieur Gaétan Lebeau* *Monsieur Robert Germain*